

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «Βήματα Εμπρός»

ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ ΓΟΝΙΔΑΚΗΣ • ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΒΑΡΣΟΥ

Μιμνώντα
για τισ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ



ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΕΒΗΤΑ
medical arts

Μιλώντας για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «**Βήματα Εμπρός**»

Φραγκίσκος Γονιδάκης - Ελευθερία Βάρσου

Μιλώντας για τις ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Το πρόγραμμα «Βήματα Εμπρός» πραγματοποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος για την Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας Παιδιών, Νέων και Εφήβων που χρηματοδοτείται αποκλειστικά από το

Ίδρυμα “Σταύρος Νιάρχος”

www.SNF.org

Το παρόν βιβλίο διανέμεται δωρεάν ως τμήμα του προγράμματος «Βήματα Εμπρός»

ΜΙΛΩΝΤΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Copyright © 2013 Φραγκίσκος Γονιδάκης -Ελευθερία Βάρσου

Επιμέλεια–Παραγωγή

ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ

Αδριανείου 3 & Κατεχάκη, 115 25 Αθήνα (Ν. Ψυχικό)

Τηλ. 210-67 14 371 – 67 14 340, FAX: 210-67 15 015

e-mail: betamedarts@hol.gr

e-shop: www.betamedarts.gr

EN ISO 9001:2000

ISBN: 978-960-452-163-0

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή εν όλω ή εν μέρει ή περιληπτικά, κατά παράφραση ή διασκευή του παρόντος έργου με οποιοδήποτε μέσο ή τρόπο, μηχανικό, ηλεκτρονικό, φωτοτυπικό, ηχογραφήσεως ή άλλως πως, σύμφωνα με τον Ν. 2121/1993 και τους λοιπούς κανόνες ημεδαπού και διεθνούς δικαίου, χωρίς τη γραπτή άδεια των συγγραφέων.

Πρόλογος

Με ιδιαίτερη ικανοποίηση διαπιστώνω την ολοκλήρωση του βιβλίου «Μιλώντας για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής» από τους συνεργάτες μου στην Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, τη Σύμβουλο Ελευθερία Βάρσου και τον Λέκτορα Φραγκίσκο Γονιδάκη. Το βιβλίο αποτελεί τη συνέχεια μιας συγγραφικής δραστηριότητας, που το 2008 είχε εμφανιστεί με το βιβλίο «Ψυχογενής Ανορεξία, Αυτοφυλακισμένες κοπέλες & το μονοπάτι προς την έξοδο» αλλά και καρπό της μακρόχρονης εξειδίκευσής τους στον ιδιαίτερα απαιτητικό τομέα των ψυχικών αυτών διαταραχών, οι οποίες προσβάλλουν κατ' εξοχήν τον εφηβικό και νεανικό πληθυσμό.

Η έκδοση του παρόντος βιβλίου γίνεται δυνατή χάρη στην υποστήριξη του Διεθνούς Ιδρύματος «Σταύρος Νιάρχος», από το οποίο οι συγγραφείς μετά από πρωτοβουλία τους εξασφάλισαν τη χρηματοδότηση του προγράμματος «Βήματα Εμπρός» υπό την αιγίδα της Κλινικής μας. Πρόκειται για πρόγραμμα που στοχεύει στη δημιουργία δικτύου παρέμβασης για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής στην εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή, που εντείνει τη συνεργασία και διασύνδεση των φορέων που ασχολούνται με την αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών, αυξάνει την ενημέρωση του κοινού και ενεργοποιεί τις οικογένειες των πασχόντων ώστε να συμμετέχουν σε σύγχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Καθώς μία από τις δράσεις του προγράμματος αυτού είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πασχόντων και των οικογενειών τους, το βιβλίο έχει γραφεί με αυτόν τον σκοπό και έχει τον χαρακτήρα και τον τύπο ψυχοεκπαιδευτικού υλικού και όχι αυστηρά επιστημονικού ψυχιατρικού εγχειριδίου.

Το αποτέλεσμα της προσπάθειας των συγγραφέων να παρέχουν έγκυρες επιστημονικές πληροφορίες από τη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία για την κατανόηση και τη θεραπεία των διαταραχών, με τρόπο εύληπτο και περιεκτικό, είναι πραγματικά αξιόπαινο. Η διάταξη της ύλης, οι τίτλοι των κεφαλαίων που εμφανίζονται υπό μορφή ερωτημάτων όπως τίθενται από τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους όταν απευθύνονται στους ειδικούς, όπως και η παράθεση στο τέλος κάθε κεφαλαίου της γραπτής μαρτυρίας εμπειριών από θεραπευόμενους, καθιστούν την ανάγνωσή του ενδιαφέρουσα, κινητοποιητική και ευχάριστη, αν μπορεί κανείς να ισχυριστεί κάτι τέτοιο εφόσον πραγματεύεται τις ιδιαίτερα βασανιστικές και επώδυνες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι εμπλεκόμενοι οι οποίοι και θέτουν τα αγωνιώδη ερωτήματά τους. Ωστόσο, με τον γλαφυρό, ευαίσθητο και ειλικρινή τρόπο γραφής, δίνονται απαντήσεις, όπου υπάρχουν επικυρωμένες επιστημονικά, και εκφράζονται προβληματισμοί όπου υφίσταται ακόμη ασάφεια και αντικρουόμενα δεδομένα από τις σχετικές μελέτες.

Πιστεύω πως το βιβλίο αυτό, πέρα από τη στοχευμένη ψυχοεκπαιδευτική του χρησιμότητα για τον σκοπό του προγράμματος «Βήματα Εμπρός», θα φανεί ιδιαίτερα χρήσιμο σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αλλά και σε συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων που ενδιαφέρονται να πληροφορηθούν για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, εφόσον όλο και συχνότερα καλούνται να απαντήσουν σε σχετικά ερωτήματα που τίθενται από τις οικογένειες των πασχόντων. Τέλος, πιστεύω πως θα φανεί χρήσιμο σε κάθε άλλον ενδιαφερόμενο που θα ήθελε να προσεγγίσει τις ακατανόητες για το πλατύ κοινό και απειλητικές συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, καθώς αυτές παρατηρούνται όλο και πιο συχνά σε πολλά νεαρά και συνήθως προικισμένα άτομα, στο στενό ή ευρύτερο εργασιακό ή κοινωνικό περιβάλλον.

Γεώργιος Ν. Παπαδημητρίου

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής, Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους συνεργάτες μας στη Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο για την εμπιστοσύνη, τον ενθουσιασμό, την αντοχή και τη φιλία τους που έχουν κάνει εφικτή τη λειτουργία και ανάπτυξη της μονάδας τα τελευταία 20 και πλέον έτη. Επίσης τους θεραπευτές και τους συντονιστές των φορέων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα «Βήματα Εμπρός» των οποίων η επιστημονικότητα, η άριστη κατάρτιση και το ενδιαφέρον τους για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής έκανε εφικτή την υλοποίηση μιας ιδέας που στο ξεκίνημά της φαινόταν ουτοπική για τη χώρα μας.

Δεν θα μπορούσαμε να μην αναφερθούμε στην πολύτιμη συνεργασία των συναδέλφων μας από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ «Διεθνής Ιατρική-Διαχείριση Κρίσεων» και των συνεργατών μας από το Διεθνές Ίδρυμα «Σταύρος Νιάρχος» που στήριξαν και στηρίζουν έμπρακτα με την εμπιστοσύνη και τις προτάσεις τους τη λειτουργία του προγράμματος «Βήματα Εμπρός».

Η μεταμόρφωση μερικών σελίδων από τον υπολογιστή μας στο βιβλίο αυτό που κρατάτε στα χέρια σας έγινε χάρη στην άοκνη προσπάθεια, το μεράκι και τον επαγγελματισμό της κ. Βασιλάκου και των εργαζομένων στη ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις

Τέλος θα θέλαμε να υπενθυμίσουμε στον αναγνώστη ότι το βιβλίο αυτό που απευθύνεται κυρίως στους πάσχοντες από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής και τους οικείους τους, δεν θα είχε καμία ουσιαστική αξία αν δεν περιείχε τις απόψεις, τις εμπειρίες και τις αφηγήσεις των ανθρώπων που παλεύουν να ξεφύγουν από αυτές τις διαταραχές. Παρά την «παραπλανητική» αναγραφή μόνο δύο ονομάτων ως συγγραφέων στην πραγματικότητα, όπως θα παρατηρήσει κανείς διαβάζοντας το βιβλίο, υπάρχουν πολύ περισσότερα άτομα που «μιλούν» για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Σε αυτούς τους συγγραφείς που γενναιόδωρα προσέφεραν τα κείμενά τους είναι αφιερωμένο αυτό το βιβλίο με την ευγνωμοσύνη μας για τη συγγραφή των κειμένων και πολύ περισσότερο για την εμπιστοσύνη τους να είμαστε οι σύντροφοι και συνεργάτες τους στο δύσκολο ταξίδι της εξόδου από τον λαβύρινθο των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.

Το πρόγραμμα “Βήματα Εμπρός”

Εισαγωγή

Το πρόγραμμα «Βήματα Εμπρός» γεννήθηκε μέσα από συναισθήματα ζήλιας, ανημπόριας και μοναξιάς. Ζήλιας για όλες αυτές τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που διαβάζαμε και ακούγαμε σε συνέδρια ότι εφαρμόζονται στις χώρες του εξωτερικού και που θα θέλαμε να μπορούμε να χρησιμοποιούμε και στην Ελλάδα. Ανημπόρια να βοηθήσουμε αποτελεσματικά κάποιους από τους νέους ανθρώπους και τις οικογένειές τους που αντιμετωπίζουν μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Μοναξιά από την απομόνωση που ο καθένας βίωνε δουλεύοντας στον δικό του χώρο προσπαθώντας να κάνει το καλύτερο μόνο με τις δυνατότητες που του παρείχε ο φορέας του.

Το πρόγραμμα «Βήματα Εμπρός» γεννήθηκε μέσα από συναισθήματα αισιοδοξίας, εμπιστοσύνης και συναδελφικότητας. Αισιοδοξίας ότι, παρά τη ζοφερή κατάσταση της χώρας μας τα τελευταία έτη, κάτι καλύτερο μπορεί να προσφερθεί στους ασθενείς μας, εάν αντί να παραιτηθούμε εντείνουμε τις θεραπευτικές μας προσπάθειες. Εμπιστοσύνη στους θεραπευόμενους και στις οικογένειές τους ότι θα αγκαλιάσουν αυτή την προσπάθεια. Συναδελφικότητα ανάμεσα σε αυτούς τους θεραπευτές που δίνουν κάθε μέρα ό,τι καλύτερο μπορούν για να βοηθήσουν νέους ανθρώπους να βγουν από το σκοτάδι της διαταραχής, στο φως της ζωής.

Το πρόγραμμα «Βήματα Εμπρός» υπάρχει γιατί κάποιοι ειδικοί κόντρα στην τάση τού «ο καθένας για τον εαυτό του» πίστεψαν ότι μπορούν αν συνεργαστούν να τα καταφέρουν. Υπάρχει γιατί το Διεθνές Ίδρυμα «Σταύρος Νιάρχος» συμμερίστηκε αυτή την πίστη και κόντρα στην κυρίαρχη συμπεριφορά τού «πάρε όσα περισσότερα μπορείς» ευγενικά παρείχε τα αναγκαία κονδύλια για την υλοποίησή του.

Σύντομη παρουσίαση του προγράμματος «Βήματα Εμπρός»

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής αν και είναι ψυχικές παθήσεις με μικρή επίπτωση στον πληθυσμό των ενηλίκων, έχουν δύο χαρακτηριστικά που κάνουν επιτακτική την αναγκαιότητα για την αντιμετώπισή τους.

α. Το πρώτο χαρακτηριστικό τους είναι ότι εμφανίζονται με αυξημένη συχνότητα στην εφηβεία, σε μια ιδιαίτερα ευαίσθητη περίοδο τόσο για την ανάπτυξη και τη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της πορείας του ατόμου, όσο και για την οικογένειά του που χρειάζεται να προσαρμοστεί και να αντεπεξέλθει στις αλλαγές της εφηβείας αλλά και στις αυξημένες συναισθηματικές ανάγκες του εφήβου.

β. Το δεύτερο χαρακτηριστικό τους είναι ότι συνοδεύονται από μια σειρά από ιατρικές επιπλοκές που επηρεάζουν την ομαλή σωματοψυχική ανάπτυξη του εφήβου, και σε ορισμένες περιπτώσεις φτάνουν ακόμα και να απειλήσουν τη ζωή του.

Τα παραδοσιακά μοντέλα θεραπευτικής παρέμβασης που περιλαμβάνουν την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση των περιστατικών (ιδιαίτερα της ψυχογενούς ανορεξίας) έχουν, ειδικότερα για τον ελλαδικό χώρο, τρία σημαντικά μειονεκτήματα:

- α. Έχουν πολύμηνη χρονική διάρκεια με αποτέλεσμα ο έφηβος να απομακρύνεται για πολλούς μήνες από το σχολείο, την οικογένεια και τους συνομηλίκους του.
- β. Απαιτούν εξειδικευμένες μονάδες εντός των κρατικών νοσοκομείων που για τα τωρινά οικονομικά δεδομένα της χώρας μας είναι μάλλον ανέφικτο να δημιουργηθούν και να χρηματοδοτηθεί μακροπρόθεσμα η λειτουργία τους. Η συνήθης πρακτική της νοσηλείας των πασχόντων σε γενικά ψυχιατρικά τμήματα εφήβων ή ενηλίκων δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική τόσο σε βραχύχρονη όσο και σε μακροχρόνια βάση.
- γ. Όταν ο έφηβος διαμένει σε περιοχή εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων, για το διάστημα της νοσηλείας του χρειάζεται η μετακίνηση και των μελών της οικογένειάς του στο αστικό κέντρο, κάτι που πολλές φορές είναι ανέφικτο.

Οι νεότερες τάσεις στην αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής στρέφονται σε εντατικά θεραπευτικά προγράμματα που δεν απαιτούν νοσηλεία ή που μειώνουν σημαντικά τον χρόνο της νοσηλείας στον απολύτως απαραίτητο για την αντιμετώπιση των ιατρικών επιπλοκών. Γίνεται αντιληπτό ότι δύο από τους λόγους που οδήγησαν σε αυτή τη στροφή ήταν η μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης του πάσχοντος και της οικογένειάς του, όπως και η μείωση του οικονομικού κόστους της θεραπείας για την οικογένεια και το σύστημα υγείας.

Τα τελευταία έτη, η οικονομική δυσπραγία με την οποία έχει βρεθεί αντιμέτωπη η ελληνική οικογένεια έχει αυξήσει το άγχος των μελών της τόσο των ενηλίκων όσο και των ανηλίκων. Επίσης, η εμπειρία έχει δείξει ότι τα αιτήματα για θεραπεία έχουν αυξηθεί σημαντικά και ένας από τους λόγους που οι ασθενείς και οι οικογένειες αναφέρουν είναι η οικονομική αδυναμία να απευθυνθούν σε ιδιώτες θεραπευτές.

1. Ο στόχος του προγράμματος

Ο στόχος του προγράμματος είναι η δημιουργία ενός σύγχρονου δικτύου παρέμβασης για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στην εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή που θα εντείνει τη συνεργασία των φορέων που ασχολούνται με την αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών, θα αυξήσει την ενημέρωση του κοινού και θα ενεργοποιήσει την οικογένεια και τις ιαματικές της δυνατότητες.

2. Οι δράσεις

I. Θεραπεία

- A. Σχεδιασμός και υλοποίηση προγράμματος ψυχοεκπαίδευσης οικογενειών με πάσχον μέλος
- B. Σχεδιασμός και υλοποίηση προγράμματος πολυ-οικογενειακής θεραπείας

II. Ενημέρωση

- A. Δημιουργία ενημερωτικού φυλλαδίου για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής που θα απευθύνεται σε γονείς και σε πάσχοντες
- B. Συγγραφή βιβλίου με ψυχοεκπαιδευτικό υλικό για πάσχοντες και τις οικογένειές τους (αυτό το βιβλίο που κρατάτε στα χέρια σας)
- Γ. Διοργάνωση ανοικτών ενημερωτικών συναντήσεων με τις οικογένειες των πασχόντων

III. Εκπαίδευση

Εκπαίδευση οικογενειακών θεραπευτών στην αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και στην πολυ-οικογενειακή θεραπεία.

IV. Έρευνα

Σχεδιασμός και εκπόνηση ερευνητικού προγράμματος για την αποτελεσματικότητα της τροποποιημένης για την Ελλάδα πολυοικογενειακής θεραπείας στην αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής στην εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή.

V. Αυτο-υποστήριξη

Μέσα από τον διάλογο με τις οικογένειες ευελπιστούμε να δημιουργηθεί η δυναμική ενός συλλόγου φίλων και συγγενών των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στα πρότυπα των αντίστοιχων συλλόγων που υπάρχουν στην Ελλάδα για άλλες χρόνιες παθήσεις και στο εξωτερικό ειδικά για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.

3. Οι φορείς υλοποίησης

Οι φορείς υλοποίησης του προγράμματος είναι οι παρακάτω:

A. Η Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Η Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής ξεκίνησε τη λειτουργία της το 1990 αρχικά ως ειδικό εξωτερικό ιατρείο, ενώ από το 2004 πήρε τον χαρακτήρα της Μονάδας με δυνατότητα ενδονοσοκομειακού (δύναμης 3 κλινών) και εξωνοσοκομειακού θεραπευτικού προγράμματος. Παρέχει ατομική ψυχοθεραπεία, ομαδική ψυχοεκπαίδευση των πασχόντων, ψυχοεκπαίδευση οικογενειών, διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία για ασθενείς που πάσχουν από διαταραχή πρόσληψης τροφής και οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Η Μονάδα συνεργάζεται με το Ιατρείο Οικογένειας της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και με την Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς με την οποία υλοποιεί διετές πρόγραμμα εκπαίδευσης στη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

*Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Λεωφ. Βασιλίσσης Σοφίας 72-74, Αθήνα Τηλ.: 210-72 89 240,
210-72 49 805 e-mail: vimata.empros@gmail.com*

B. Η Παιδοψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο «Η Αγία Σοφία»

Η Παιδοψυχιατρική Κλινική έχει πολύχρονη εμπειρία στην αντιμετώπιση των εφήβων και παιδιών που πάσχουν από διαταραχή πρόσληψης τροφής τόσο σε ενδονοσοκομειακή όσο και εξωνοσοκομειακή βάση. Το Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (TEN) της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» διαθέτει 10 κλίνες και νοσηλεύει παιδιά και εφήβους (ηλικίας έως 14 και κάποιες φορές έως 16 ετών), με σοβαρά ψυχικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι περιπτώσεις που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής (κυρίως ψυχογενή ανορεξία) αποτελούν μεγάλο μέρος του νοσηλευόμενου πληθυσμού. Η αντιμετώπιση των νοσηλευόμενων παιδιών στηρίζεται στις αρχές της θεραπείας περιβάλλοντος και περιλαμβάνει εξειδικευμένα πρωτόκολλα αντιμετώπισης. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ατομική παιδοψυχιατρική παρακολούθηση, ατομική παρακολούθηση από παιδίατρο και γαστρεντερολόγο, ατομική νοσηλευτική φροντίδα, ατομική εργοθεραπεία, ομαδικές θεραπευτικές δραστηριότητες, συμβουλευτική/υποστηρικτική εργασία με τους γονείς και οικογενειακές θεραπευτικές συναντήσεις. Παράλληλα με το κλινικό έργο, στο Τμήμα βρίσκονται σε εξέλιξη ερευνητικά πρωτόκολλα, που μελετούν πολλαπλές ψυχικές και οργανικές παραμέτρους των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, το TEN διατηρεί και την παιδοψυχιατρική μετα-παρακολούθηση, σε συνδυασμό με τις άλλες εξειδικευμένες θεραπείες που προτείνονται και δρομολογούνται μετά το εξιτήριο.

Θηβών και Μικράς Ασίας, 115 27 Γουδή (Κτίριο Δοξιάδη, 2ος όροφος)

Τηλ.: 210-7757496, 210-7798748, 210-7467780-1

Γ. Η Μονάδα Εφηβικής Ιατρικής της Β' Παιδιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

Η Μονάδα Εφηβικής Υγείας (ΜΕΥ) της Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», απευθύνεται σε εφήβους 10–19 ετών και παρέχει υπηρεσίες που καλύπτουν όλο το φάσμα των αναγκών της ηλικίας αυτής. Από την έναρξη της λειτουργίας της, τον Οκτώβριο του 2006, η Μονάδα Εφηβικής Υγείας έχει αντιμετωπίσει μεγάλο αριθμό εφήβων που πάσχουν από διαταραχή πρόσληψης τροφής. Στη Μονάδα εφαρμόζεται πρόγραμμα παρέμβασης από ομάδα ειδικών (παιδίατρος, παιδοψυχίατρος, ψυχολόγος, διατροφολόγος και οικογενειακή σύμβουλος). Η Μονάδα δημιούργησε τη σειρά φυλλαδίων «ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ;» για την ενημέρωση των εφήβων με απλό και κατανοητό τρόπο για βασικά θέματα της υγείας τους και την πρόληψη προβλημάτων που αφορούν στο μέλλον. Το τρίτο τεύχος είναι αφιερωμένο στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Επίσης, οι επιστήμονες της Μονάδας έχουν ενημερώσει γονείς και εφήβους στο πλαίσιο προγραμματισμένων εκδηλώσεων από Συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων, ενώ παράλληλα ενημερώνονται και εκπαιδεύονται λειτουργοί υγείας (παιδίατροι, διατροφολόγοι, ψυχολόγοι, παιδοψυχίατροι) στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

Λεωφ. Μεσογείων 24, 115 27 Γουδή Τηλ.: 210-77 10 824, 213-20 09 806

Δ. Τομέας Ψυχικής Υγείας στο «Σισμανόγλειο» ΓΝΑ

Ο Τομέας Ψυχικής Υγείας στο «Σισμανόγλειο» ΓΝΑ, απαρτίζεται από την Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων και το Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων. Ο Τομέας Ψυχικής Υγείας του Σισμανογλείου Νοσοκομείου, στη βάση προηγούμενης πολυετούς σχετικής εμπειρίας, πρόσφατα ίδρυσε μια σύγχρονη Μονάδα για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, με δύναμη 6 κλινών για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Στην αρχική φάση, η Μονάδα θα λειτουργήσει ως Νοσοκομείο Ημέρας. Η Μονάδα απευθύνεται σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες.

Σισμανογλείου 1, 151 26 Μαρούσι, Αθήνα Τηλ.: 210-80 39 303

Ε. Το Κέντρο Ημέρας του Συλλόγου «ΑΝΑΣΑ»

Ο Σύλλογος «ΑΝΑΣΑ» είναι η πρώτη μη κερδοσκοπική εταιρεία στην Ελλάδα που δημιουργήθηκε με στόχο την ενημέρωση, πρόληψη και υποστήριξη των ανθρώπων που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Το Κέντρο Ημέρας του Συλλόγου λειτουργεί από την 1/10/2008 παρέχοντας εντελώς δωρεάν, υπηρεσίες διάγνωσης, θεραπείας και συμβουλευτικής υποστήριξης των πασχόντων και των οικογενειών τους, μέσω μιας πολυκλαδικής ομάδας επαγγελματιών υγείας.

Λεωφ. Συγγρού 36–38, 117 42, Αθήνα Τηλ.: 210-92 12 345

1

Τι είναι αυτό που έχω;

1. Εισαγωγή στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Η τροφή είναι το καύσιμο που χρειάζεται το σώμα μας για να λειτουργεί. Είναι όμως μόνο αυτό; Η τροφή είναι ένα δώρο που προσφέρουμε σε αυτούς που αγαπάμε. Είναι μία μορφή επικοινωνίας όταν όλοι καθόμαστε στο ίδιο τραπέζι και τη μοιραζόμαστε. Είναι απαραίτητο συστατικό της φιλοξενίας. Είναι μία από τις υλικές απολαύσεις της ζωής. Είναι ένας τρόπος να ρυθμίσουμε τα συναισθήματά μας όταν είναι έντονα και ανυπόφορα. Είναι ένα από τα υλικά αγαθά που ο ασηκητής πρέπει να περιορίσει για να πλησιάσει τον πνευματικό του στόχο. Από την άλλη πλευρά η στέρηση της είναι πολλές φορές τιμωρία, μέθοδος βασανισμού ή ακόμα και ένας απεγνωσμένος τρόπος να αντισταθούμε στην αδικία και να διαδηλώσουμε την αντίρρησης μας.

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) είναι ψυχικές παθήσεις. Είναι δηλαδή ένα σύνολο από συμπεριφορές, σκέψεις και συναισθήματα που παρατηρούμε όταν η ψυχική κατάσταση του ατόμου είναι ιδιαίτερα διαταραγμένη. Για παράδειγμα, όταν νιώθω φόβο στη σκέψη ότι δεν μπορώ να αυτενεργήσω με αποτελεσματικό τρόπο (ή να επηρεάσω το περιβάλλον μου), ο αυστηρός περιορισμός της πρόσληψης τροφής μου εξασφαλίζει αρχικά ένα αίσθημα αυτοκυριαρχίας. Επίσης, αν υποφέρω από έντονα συναισθήματα που δεν μπορώ να εκφράσω και να ρυθμίσω, το να εκτονώσω την έντασή μου τρώγοντας μεγάλες ποσότητες φαγητού μπορεί να με βοηθήσει να συνεχίσω τη ζωή μου καθώς ανακουφίζομαι, έστω και πρόσκαιρα, από αυτά τα συναισθήματα.

Τι γίνεται όμως μακροπρόθεσμα; Όταν ο περιορισμός της τροφής εξασθενεί τις δυνάμεις μου επομένως και την αυτοκυριαρχία μου; Όταν τα επανειλημμένα υπερφαγικά επεισόδια μου προκαλούν έντονα αρνητικά συναισθήματα που δεν μπορώ να διαχειριστώ;

Πριν προχωρήσει κανείς στην ανάγνωση αυτού του βιβλίου, είναι σημαντικό να αποδεχτεί τις παρακάτω τρεις βασικές παραδοχές:

- α. Οι ΔΠΤ δεν είναι ενσυνείδητη επιλογή, ούτε «πείσμα», ούτε διατροφικό πρόβλημα.
- β. Οι ΔΠΤ έχουν αρνητικές αλλά και θετικές, συνέπειες στη ζωή του ανθρώπου.
- γ. Οι ΔΠΤ είναι ψυχικές παθήσεις και ως τέτοιες χρειάζονται θεραπεία.

2. Προσπαθώντας να βάλουμε τάξη στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Αν και οι επιστημονικοί ορισμοί που αφορούν στις ΔΠΤ είναι πολλοί και ποικίλοι, στην πραγματικότητα αυτή η ομάδα των ψυχικών παθήσεων είναι δύσκολο να οριστεί ιατρικά. Πώς θα

μπορούσαμε άλλωστε να χωρέσουμε την ανθρώπινη εμπειρία στις ελάχιστες γραμμές των ιατρικών διαγνωστικών κριτηρίων;

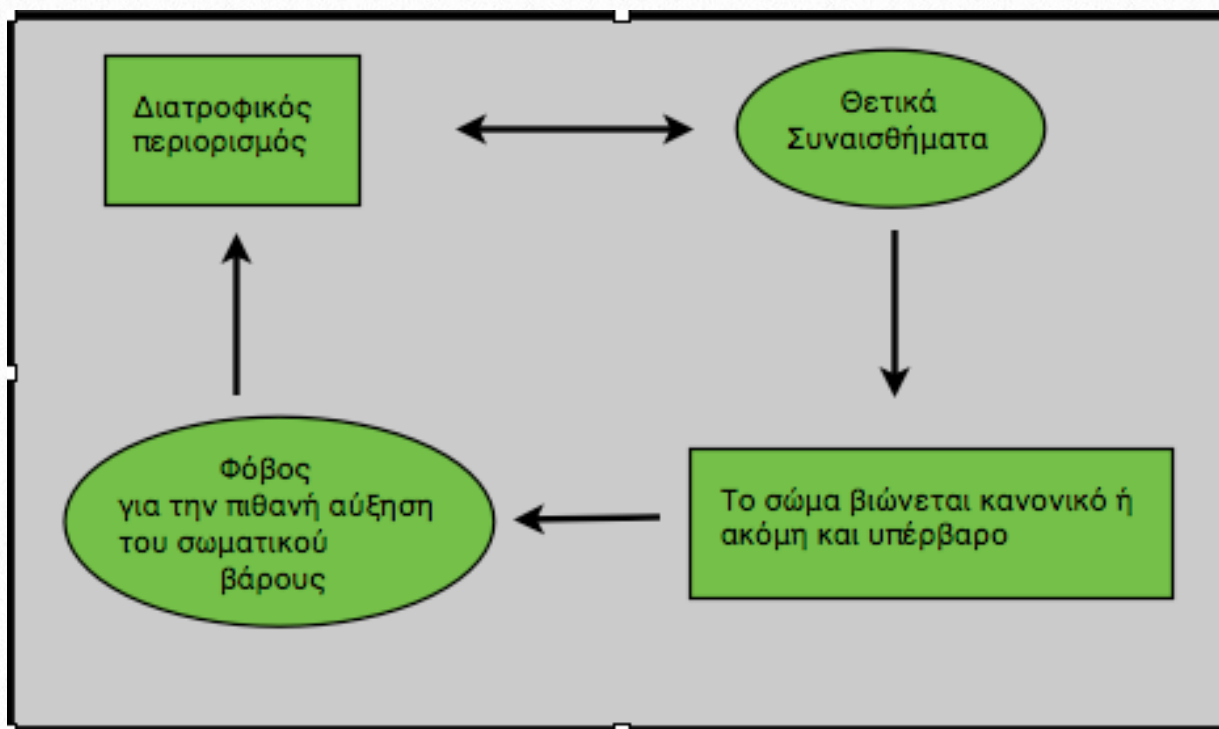
Μέχρι στιγμής, φαίνεται να υπάρχουν δύο άξονες που χρησιμοποιούνται για την κατηγοριοποίηση των ΔΠΤ. Ο πρώτος άξονας είναι το σωματικό βάρος. Αν το σωματικό βάρος είναι χαμηλό τότε μιλάμε για ψυχογενή ανορεξία (ΨΑ). Αν είναι κανονικό ή αυξημένο μιλάμε για ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ) ή διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (ΔΕΥ). Ο δεύτερος άξονας είναι ο έλεγχος. Αν το άτομο επιτείνει τον έλεγχο (ως απάντηση στον φόβο ότι θα τον χάσει) και περιορίζει την πρόσληψη τροφής, αναφερόμαστε στον περιοριστικό τύπο της ΨΑ. Αν χάνει τον έλεγχο και υποκύπτει σε υπερφαγικά επεισόδια χωρίς να ακολουθούν καθαρτικές συμπεριφορές, τότε αναφερόμαστε στον μη καθαρτικό τύπο της ΨΒ και στη ΔΕΥ. Αν, τέλος, το άτομο υποκύπτει σε υπερφαγικά επεισόδια και στη συνέχεια ακολουθούν καθαρτικές συμπεριφορές, με στόχο να αποφύγει την αύξηση του βάρους, τότε μιλάμε για την ΨΑ υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου και για την ΨΒ καθαρτικού τύπου.

Οι διαχωρισμοί αυτοί, αν και φαίνονται λίγο πολύπλοκοι στην αρχή, αποτελούν μέρος της προσπάθειας των ειδικών να κατανοήσουν τις ΔΠΤ. Επίσης, δίνουν άμεσα πληροφορίες για τις ιατρικές και ψυχολογικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο πάσχων από ΔΠΤ. Βέβαια, πρέπει να έχουμε πάντα στο μυαλό μας ότι πολλές φορές αυτό που συμβαίνει σε κάποιον άνθρωπο δεν «ταιριάζει» απόλυτα στα ιατρικά διαγνωστικά κριτήρια. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν πάσχει από ΔΠΤ ή ότι δεν χρειάζεται βοήθεια.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας για την ΨΑ, την ΨΒ και τη ΔΕΥ παρουσιάζονται με τη μορφή πίνακα στο παράρτημα αυτού του βιβλίου.

3. Μιλώντας για την Ψυχογενή Ανορεξία

Είναι σημαντικό όταν αναφερόμαστε στην ΨΑ να γνωρίζουμε ότι η διαταραχή, τουλάχιστον αρχικά, δεν εκδηλώνεται με απώλεια της όρεξης αλλά με εκούσιο περιορισμό της προσλαμβανόμενης τροφής. Στα πρώτα στάδια της πάθησης, το άτομο περιορίζει είτε σταδιακά είτε απότομα την πρόσληψη τροφής. Η ΨΑ δεν ξεκινάει πάντα ως ψυχική πάθηση. Κάποιες φορές, το άτομο έχει μεγαλύτερο βάρος από το επιθυμητό και αποφασίζει να κάνει δίαιτα ή ξεκινάει να μειώνει την πρόσληψη τροφής για να χάσει λίγα κιλά που τα νιώθει περιττά. Άλλες φορές, είναι «υποχρεωτικό» να περιορίζει τη διατροφή του λόγω εμπλοκής του σε αθλητικές ή καλλιτεχνικές δραστηριότητες (π.χ. χορός). Τέλος, αρκετά συχνά η έναρξη της ΨΑ παρατηρείται μετά από κάποια σωματική ή ψυχική ασθένεια που μείωσε την όρεξη του ατόμου. Τέτοιες ασθένειες είναι συχνά οι λοιμώξεις, οι χειρουργικές επεμβάσεις και η κατάθλιψη. Και στις τρεις παραπάνω περιπτώσεις έναρξης της ΨΑ το κοινό χαρακτηριστικό είναι ότι από κάποια στιγμή και μετά χάνεται το μέτρο. Το άτομο συνεχίζει να περιορίζει όλο και πιο αυστηρά την πρόσληψη τροφής, το σωματικό βάρος συνεχώς μειώνεται, ο φόβος ότι θα χαθεί ο έλεγχος με συνέπεια το βάρος να αυξηθεί ακόμα και με το παραμικρό διατροφικό «ολίσθημα», κρατάει τη διατροφή στο ελάχιστο δυνατό και ο φαύλος κύκλος διαιωνίζεται (σχήμα 1).



Σχήμα 1. Ο φαύλος κύκλος της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η ιδιαίτερη σημασία του σωματικού σχήματος και βάρους για την αποτίμηση της προσωπικής αξίας, σε συνδυασμό με τη μειωμένη, λόγω του υποσιτισμού, γαστρική κένωση συμμετέχουν στη διαίωση της διαταραχής, καθώς το άτομο λόγω της δυσπεψίας και του «φουσκώματος» που νιώθει, πιστεύει ότι είναι ή θα γίνει «χοντρό» με συνέπεια να περιορίζει περαιτέρω τα γεύματά του.

Τα συναισθήματα που βιώνει κανείς στην έναρξη της διαταραχής, είναι συνήθως θετικά. Ικανοποίηση γιατί μειώθηκε το σωματικό βάρος, ευχαρίστηση από τις θετικές αντιδράσεις των άλλων, ανακούφιση γιατί ο προπονητής/δάσκαλος θα μειώσει τις επιπλήξεις για τα παραπάνω κιλά, ηρεμία γιατί επιτέλους μπορεί να έχει έλεγχο σε κάτι στη ζωή της που εξαρτάται αποκλειστικά από την προσωπική προσπάθεια. Τα αρνητικά συναισθήματα έρχονται λίγο αργότερα και ενισχύουν τον περιορισμό της διατροφής. Αγωνία για την αύξηση του βάρους, φόβος ότι θα χαθεί ο έλεγχος παρά τη συνεχή προσπάθεια, θυμός και σύγχυση από τις αρνητικές αντιδράσεις των άλλων.

Ο περιορισμός της πρόσληψης τροφής γίνεται συνήθως με γνώμονα το ποια τροφή θεωρείται διαιτητική, επομένως και «υγιεινή» και ποια μη διαιτητική, άρα «απαγορευμένη». Σε γενικές γραμμές αποφεύγονται τα λίπη και οι υδατάνθρακες. Το άτομο αρκετά συχνά μετράει με ιδιαίτερη επιμέλεια τις θερμίδες που προσλαμβάνει και προσπαθεί η ημερήσια κατανάλωση να είναι η μικρότερη δυνατή. Πολλές φορές ο περιορισμός της πρόσληψης τροφής δεν γίνεται με αυστηρά διαιτολογικά κριτήρια. Το άτομο διαμορφώνει τους δικούς του αυστηρούς διατροφικούς κανόνες που προσπαθεί να τηρεί ευλαβικά. Οι κανόνες αυτοί δεν αφορούν μόνο στις κατηγορίες των τροφών που επιτρέπονται, αλλά επίσης στην ώρα που καταναλώνονται, στον τρόπο μαγειρέματος και στους επιτρεπόμενους συνδυασμούς τους.

Το άτομο που πάσχει από ΔΠΤ κάποιες φορές προτιμά να προετοιμάζει μόνο του το φαγητό έτσι ώστε να είναι σίγουρο ότι μαγειρεύτηκε με τον «σωστό» τρόπο. Κόβει το φαγητό σε μικρά κομματάκια και πολλές φορές χρειάζεται ιδιαίτερα μεγάλο χρονικό διάστημα για να το καταναλώσει. Κάποιες φορές μασά το φαγητό ώστε να υπάρχει η γευστική απόλαυση και στη συνέχεια το φτύνει ώστε να μην υπάρχει πρόσληψη θερμίδων. Οι μερίδες είναι συνήθως μικρές, τα γεύματα αραιά και στα μεσοδιαστήματα καταναλώνονται ροφήματα χωρίς θερμίδες ή/και

σίχλες σε μεγάλη ποσότητα. Πολλές φορές παρατηρούμε υπερ-ενασχόληση με τη μαγειρική, χωρίς όμως το άτομο να δοκιμάζει τα φαγητά που ετοιμάζει.

Εκτός από τον περιορισμό της πρόσληψης τροφής, άλλοι τρόποι που μπορεί να χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί και να διατηρηθεί η απώλεια του βάρους είναι η πολύωρη γυμναστική και γενικότερα η αυξημένη σωματική δραστηριότητα. Η άσκηση γίνεται πέρα από τα αναγκαία όρια της προπόνησης με καταναγκαστικό τρόπο. Δηλαδή το άτομο μετράει τις ασκήσεις ή τον χρόνο που αφιέρωσε στο να ασκηθεί, γυμνάζεται με πολύ έντονο τρόπο και αν δεν ολοκληρώσει το «πρόγραμμα» που έχει θέσει, νιώθει έντονο άγχος και δυσφορία και συχνά δεν επιτρέπει στον εαυτό του να φάει οτιδήποτε. Είναι ενδιαφέρον πως και σε άτομα που εμπλέκονται με τον πρωταθλητισμό ή ασχολούνται επαγγελματικά με τον χορό, η άσκηση προσαρμόζεται στις ανάγκες της ΨΑ ακόμα και αν αυτό συνεπάγεται μείωση των επιδόσεων λόγω τραυματισμών από την υπερβολική και ακατάλληλη προπόνηση σε συνδυασμό με τον υποσιτισμό. Λιγότερο συνηθισμένοι και μη αποδοτικοί τρόποι που χρησιμοποιούνται για τη μείωση του σωματικού βάρους είναι η στέρηση του ύπνου με τη λήψη ψυχοδιεγερτικών (καφείνη, αμφεταμίνες) ή η λήψη θυρεοειδικών ορμονών για να επιταχυνθεί ο μεταβολισμός.

Στον καθαρτικό/υπερφαγικό τύπο της ΨΑ, εκτός από τον περιορισμό της προσλαμβανόμενης τροφής, το άτομο υποκύπτει σε υπερφαγικά επεισόδια, τα οποία ακολουθεί προκλητός έμετος, πιθανόν και με τη λήψη κατάλληλου φαρμακευτικού σκευάσματος, όπως η ιπεκακουάνα. Συνήθως στον τύπο αυτόν παρατηρούμε εναλλαγή νηστείας, ακόμα και παντελούς αφαγίας, με υπερφαγικά επεισόδια. Πάντως, η πρόκληση εμέτου μπορεί να γίνει ακόμα και αν η πάσχουσα νιώσει ότι «ξέφυγε» και έφαγε κάτι παραπάνω ή διαφορετικά από τα «επιτρεπόμενα» όρια. Η αγωνία που προκαλεί ένα μικρό γλυκό κέρασμα ή 1–2 πιρουνιές παραπάνω είναι παρόμοια με την αγωνία που προκαλεί ένα υπερφαγικό επεισόδιο πολλών χιλιάδων θερμίδων. Γι' αυτό και η αντίδραση του ατόμου είναι η ίδια και στις δύο περιπτώσεις.

Άλλες συμπεριφορές που παρατηρούμε στον καθαρτικό/υπερφαγικό τύπο της ΨΑ είναι η κατάχρηση καθαρτικών και σπανιότερα διουρητικών. Και οι δύο αυτές συμπεριφορές προκαλούν σημαντικές ιατρικές επιπλοκές χωρίς να προσφέρουν σημαντικά οφέλη στη μείωση του σωματικού βάρους. Με τα καθαρτικά έχουμε απώλεια υγρών και του άπεπτου υπολείμματος της τροφής που θα αποβληθεί ούτως ή άλλως και με τα διουρητικά, απώλεια υγρών που γίνεται με τέτοιο τρόπο που μπορεί να οδηγήσει τελικά ακόμα και σε αύξηση του σωματικού βάρους λόγω κατακράτησης υγρών και πρόκλησης οιδημάτων.

4. Μιλώντας για την Ψυχογενή Βουλιμία

Σε αντίθεση με την ΨΑ που λόγω της ισχύος γίνεται εύκολα και γρήγορα αντιληπτή, η ΨΒ είναι μια «κρυφή» ψυχική πάθηση. Η ντροπή για την απώλεια του ελέγχου ή/και για την πρόκληση εμέτων κάνει το άτομο να προσπαθεί να κρύψει την ύπαρξή της. Το γεγονός ότι η ΨΒ δεν συνοδεύεται από τις εμφανείς ιατρικές επιπλοκές και τη σταδιακή εξασθένηση των σωματικών δυνάμεων της ΨΑ, επιτρέπει στη διαταραχή να παραμείνει κρυφή για μεγάλο χρονικό διάστημα καθώς το άτομο διατηρεί στο ακέραιο τη λειτουργικότητά του. Δεν είναι σπάνιο οι γονείς και οι σύντροφοι των πασχόντων να μην ανακαλύπτουν ποτέ τι συμβαίνει και να μαθαίνουν για την ΨΒ χρόνια μετά την έναρξή της, όταν το άτομο νιώσει την ανάγκη να μοιραστεί με τους δικούς του ανθρώπους τις δυσκολίες του.

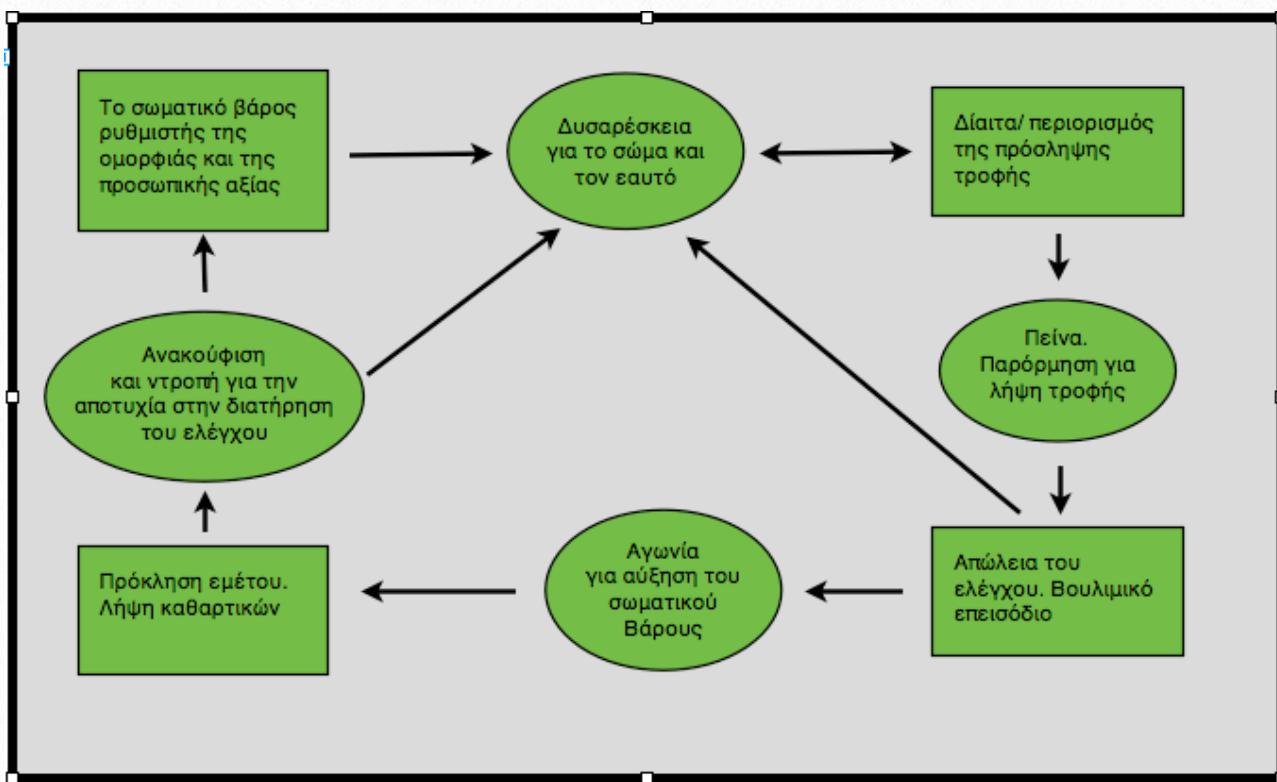
Όσο περνάει ο χρόνος που το άτομο είναι παγιδευμένο στην ΨΒ, η αντίστασή του στα βουλιμικά επεισόδια μειώνεται, με αποτέλεσμα η σταδιακή αποδοχή της κατάστασης να οδηγεί στην

παραίτησή του από την προσπάθεια να τα αποφύγει. Το αποτέλεσμα είναι η ΨΒ να αναδεικνύεται σε ρυθμιστή της καθημερινότητας του ατόμου. Η δυνατότητα του ατόμου για εργασία, προσωπική και κοινωνική ζωή, ακόμα και η ώρα που αφιερώνει στην προσωπική του υγιεινή καθορίζονται και οργανώνονται σύμφωνα με το ωράριο των βουλιμικών επεισοδίων.

Για τους περισσότερους πάσχοντες το βάρος του σώματος και το σχήμα συγκεκριμένων τμημάτων του, όπως είναι το στήθος και οι γοφοί, αποτελούσε και πριν την έναρξη της ΨΒ τον μοναδικό τρόπο αξιολόγησης της σωματικής (και επομένως της προσωπικής τους) αξίας ή ελκυστικότητας. Για ορισμένες μάλιστα ήταν και κάτι παραπάνω: ο κεντρικός άξονας αξιολόγησης του εαυτού τους. Καθώς όμως η «τελειότητα» απαιτεί θυσίες, η αυστηρή δίαιτα και πολλές φορές η εξαντλητική άσκηση είναι μονόδρομος για την επίτευξη του στόχου. Το άτομο προσπαθεί να τρώει όσο το δυνατόν λιγότερο έως τη στιγμή που οι αντιστάσεις του εξασθενούν και τότε, είτε λόγω της πείνας, είτε λόγω κάποιας συναισθηματικής φόρτισης υποκύπτει στη βουλιμία.

Το βουλιμικό επεισόδιο αρχικά είναι αιφνίδιο αλλά με τον καιρό μπορεί να γίνεται και προγραμματισμένα τις ώρες της ημέρας που μπορεί να διασφαλιστεί η ιδιωτικότητα της στιγμής. Τα επεισόδια συμβαίνουν κυρίως τις απογευματινές και βραδινές ώρες. Το άτομο προτιμά να τρώει βουλιμικά μόνο του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, όπως προαναφέρθηκε, να περνούν συνήθως αρκετά έτη για να αντιληφθούν οι άλλοι την ύπαρξη της διαταραχής.

Κατά τη διάρκεια του βουλιμικού επεισοδίου το άτομο νιώθει την ακατανίκητη επιθυμία να φάει πολύ με συνέπεια να καταναλώνει, τρώγοντας γρήγορα, σημαντικές ποσότητες τροφής. Συνήθως επιλέγονται τροφές που έχουν έντονη γεύση, πολλές θερμίδες και απαγορεύονται αυστηρά κατά τη διαιτητική φάση. Όταν η παρόρμηση είναι μεγάλη τότε καταναλώνεται οποιαδήποτε τροφή υπάρχει διαθέσιμη ανεξάρτητα από τη θερμιδική ή γευστική της αξία. Τα επεισόδια μπορεί να είναι καθημερινά ή σποραδικά μέσα στην εβδομάδα. Αν και ορισμένοι περιγράφουν το βουλιμικό επεισόδιο με θετικό τρόπο, δηλαδή ως μια απελευθερωτική γευστική απόδραση από την καθημερινότητα και τους περιορισμούς της, ο έντονος φόβος της αύξησης του βάρους χαρακτηρίζει το σύνολο των πασχόντων.



Σχήμα 2. Ο φαύλος κύκλος της ψυχογενούς βουλιμίας

Οι καθαρτικές συμπεριφορές και κυρίως ο έμετος ακολουθούν το τέλος της βουλιμίας ή γίνονται ακόμα και στα ενδιάμεσα του επεισοδίου για να κενωθεί το περιεχόμενο του στομάχου. Ο έμετος προκαλείται πολλές φορές με ερεθισμό της υπερώας με το δάκτυλο του χεριού ή κάποιο αντικείμενο, μέχρι να βεβαιωθεί το άτομο ότι έχει πλήρως «καθαρίσει» από την «τοξική» τροφή. Ο έμετος αν και καθησυχάζει τον πάσχοντα προσωρινά από τον φόβο της αύξησης του βάρους, μακροπρόθεσμα αυξάνει τη δυσφορία του γιατί δεν κατάφερε να συγκρατηθεί, και ανανεώνει την απόφασή του να ξεκινήσει και πάλι τη δίαιτα με την υπόσχεση στον εαυτό του ότι αυτή τη φορά θα τα καταφέρει. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι για ορισμένα άτομα η πρόκληση του εμέτου συνοδεύεται με συναισθήματα ανακούφισης ή ακόμα και ευχαρίστησης. Γι' αυτά τα άτομα, το ζητούμενο σε στιγμές συναισθηματικής φόρτισης είναι η πρόκληση εμέτου και όχι η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού. Εδώ, το βουλιμικό επεισόδιο γίνεται για να «υπηρετήσει» την πρόκληση εμέτου και όχι το αντίστροφο που είναι και το πιο σύνηθες.

Όπως αναφέρθηκε και στην ΨΑ, το άτομο μπορεί να κάνει κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών και άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων ή να ασκείται υπερβολικά. Ο φαύλος κύκλος της ΨΒ παρουσιάζεται στο σχήμα 2. .

5. Μιλώντας για τη Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας

Στη ΔΕΥ το άτομο αναφέρει υπερφαγικά επεισόδια χωρίς να καταφεύγει όμως σε ακατάλληλες αντιρροπιστικές συμπεριφορές ελέγχου του σωματικού βάρους, όπως στην ΨΒ. Τα υπερφαγικά επεισόδια μπορεί να έχουν μεγαλύτερη χρονική διάρκεια και να μη συνοδεύονται πάντα από έντονη αίσθηση απώλειας του ελέγχου. Σε κάποιες περιπτώσεις, το άτομο δεν παρουσιάζει παρορμητικά υπερφαγικά επεισόδια αλλά καταναλώνει ανεξέλεγκτα τροφή «μασουλάει» σχεδόν συνεχώς χωρίς να προσπαθεί, όπως στην ΨΒ, να αποφύγει τις συνέπειες της αυξημένης πρόσληψης θερμίδων.

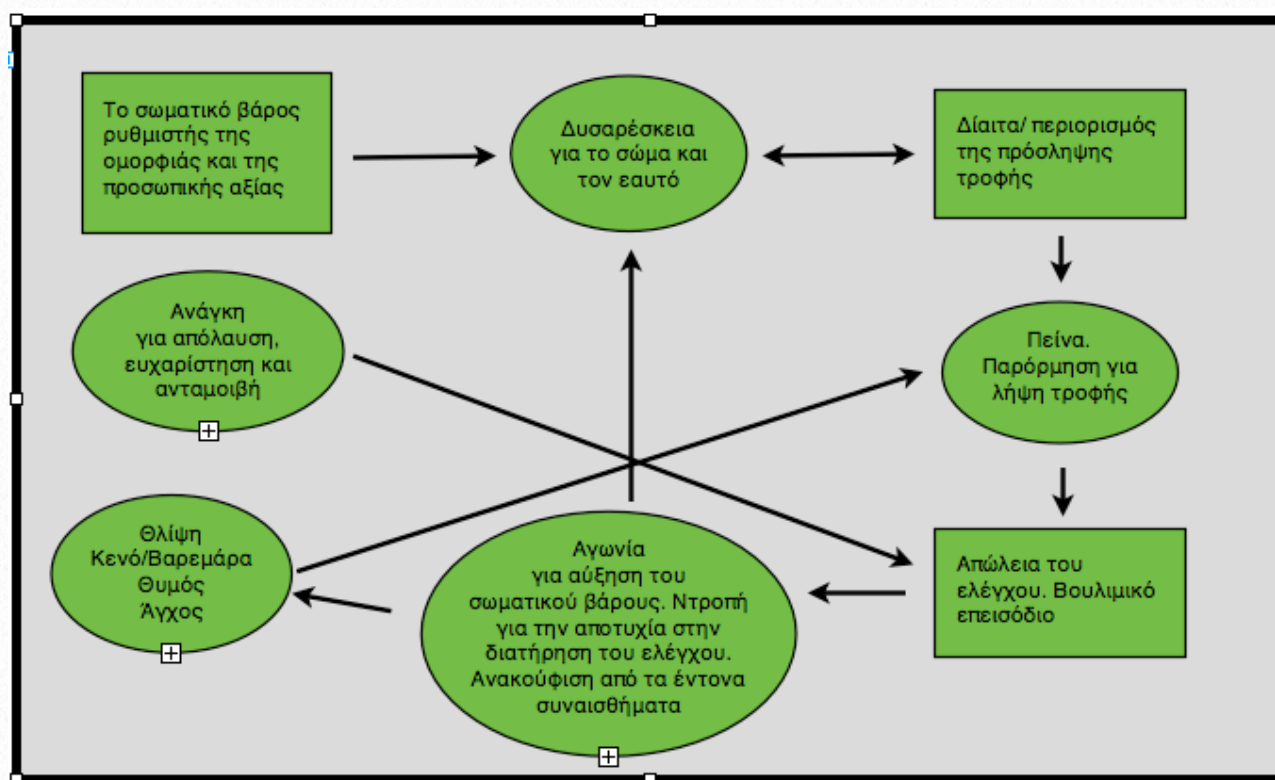
Σε έναν αριθμό πασχόντων από ΔΕΥ το σωματικό βάρος είναι αυξημένο. Δεν είναι όμως απαραίτητο κάθε άτομο που πάσχει από ΔΕΥ να είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο, καθώς η συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων και η συνολική ημερήσια πρόσληψη και κατανάλωση ενέργειας ποικίλει από άτομο σε άτομο. Πολλές φορές η ΔΕΥ εναλλάσσεται με περιόδους δίαιτας και αγωνιώδεις προσπάθειες του ατόμου να μειώσει το σωματικό του βάρος.

Πολλά άτομα νιώθουν ότι θα μπορέσουν να διεκδικήσουν αυτό που επιθυμούν από τη ζωή τους μόνο αφού κατορθώσουν να έχουν τη σωματική φιγούρα που επιθυμούν. Έως την επίτευξη αυτού το στόχου αναγκάζονται να υπομένουν καταστάσεις και συναισθήματα θεωρώντας ότι δεν τους «αξίζει» κάτι καλύτερο λόγω του αυξημένου σωματικού τους βάρους. Αυτή όμως η στάση οδηγεί σε έντονα συναισθήματα δυσφορίας που δύσκολα μπορούν να ρυθμιστούν από ένα άτομο που ταυτόχρονα «στρεσάρει» τον εαυτό του ακολουθώντας για πολλοστή φορά μια απαιτητική δίαιτα.

Για το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων, το υπερφαγικό επεισόδιο βοηθάει στη ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων. Θλίψη και ντροπή, κενό και ανία, θυμός και άγχος είναι τα κυριότερα συναισθήματα που όταν γίνονται αβάσταχτα οδηγούν το άτομο στην κατανάλωση φαγητού. Η ρύθμιση του συναισθήματος γίνεται κυρίως με δύο μηχανισμούς. Στον πρώτο, η ευχαρίστηση που φέρνει η τροφή με έντονη γεύση (γλυκό ή/και αλμυρό) αντικαθιστά το δυσάρεστο συναίσθημα που βιώνει το άτομο. Στον δεύτερο μηχανισμό, η αγωνία για την αύξηση του σωματικού βάρους και η ντροπή για τη διατροφική υπερβολή απομακρύνουν το άτομο από το να βιώσει ξανά τα αβάσταχτα αρχικά συναισθήματα και να «κολλήσει» σε επίμονες και αδιέξοδες σκέψεις που αφορούν στις καταστάσεις που προκάλεσαν αυτά τα συναισθήματα. Η δυσαρέσκεια όμως για τον εαυτό που δεν

μπόρεσε να συγκρατηθεί και για το σώμα που δεν έχει ιδανικές αναλογίες προετοιμάζει το έδαφος για το επόμενο υπερφαγικό επεισόδιο.

Σε μικρότερο αριθμό ατόμων που πάσχουν από ΔΕΥ, η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής προκαλεί θετικά συναισθήματα ευχαρίστησης, ηδονής και απελευθέρωσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ώρα της υπερφαγίας είναι στιγμή ελευθερίας και προσωπικός χρόνος αφιερωμένος στην ατομική απόλαυση. Η απώλεια του ελέγχου στη διάρκεια του υπερφαγικού επεισοδίου βιώνεται με θετικό τρόπο. Το αρνητικό της ΔΕΥ εντοπίζεται μόνο στις συνέπειες της υπερφαγίας, δηλαδή στην πιθανότητα αύξησης του σωματικού βάρους και στα αρνητικά σχόλια των φίλων και των μελών της οικογένειας. Ο φαύλος κύκλος της ΔΕΥ παρουσιάζεται στο σχήμα 3



Σχήμα 3. Ο φαύλος κύκλος της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας.

Η Αμαλία μιλάει για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Ξεκίνησε χωρίς να το καταλάβω, χωρίς να καταλάβω ότι αυτός θα είναι ο μεγαλύτερος και χειρότερος εθισμός, η προσωρινή μου ανακούφιση, η αβάσταχτη ενοχή μου και η συνεχής αγωνία μου και εξελίχθηκε σε μια καθημερινή και ανυπόφορη μάχη με τον εαυτό μου. Αυτά τα απλά, τα καθημερινά, τα δεδομένα για τους άλλους, για μένα ήταν πολυτέλεια. Κάθε λεπτό, κάθε στιγμή έπρεπε να προσπαθώ να πειθαρχήσω στο μυαλό μου για να κάνω το φυσιολογικό, δηλαδή να μη φάω ανεξέλεγκτα τα πάντα. Δεν άντεχα κανένα μου συναίσθημα, ο πόνος ήταν τέτοιος που θα μου αρκούσε απλά να τρώω και να τα βγάζω από το πρώτο λεπτό που ξυπνούσα μέχρι να ξανακλείσω τα μάτια μου, ήθελα να βγάλω όσα δεν μπορούσα να αντέξω.

Πίστευα ότι θα ήταν αέναο, ότι δεν θα έβγαινα ποτέ από αυτό το επαναλαμβανόμενο μαρτύριο. Το χειρότερο όμως ήρθε όταν δεν μπορούσα πλέον να κάνω αυτό που με ανακούφιζε, επειδή το σώμα μου δεν ανταποκρινόταν πλέον, τότε ήταν φρικτό. Δεν άντεχα τον εαυτό μου ούτε δευτερόλεπτο, δεν ήθελα να ζω, δεν μπορούσα να ζω...

...Εκεί ήρθε η στιγμή που κατάλαβα ότι έπρεπε να πάρω αποφάσεις για να γλιτώσω από το μαρτύριο και να βγω από αυτόν τον φαύλο κύκλο ή έστω να απαλύνω λίγο τα τόσο οδυνηρά

συναισθήματα. Είχα πολλούς ανθρώπους που με περιτριγύριζαν και ήξεραν τη διαταραχή μου, αλλά αυτό που σύντομα διαπίστωσα ήταν ότι ο μόνος που πραγματικά μπορούσε να με βοηθήσει ήμουν ΕΓΩ. Ο καθένας τους έβλεπε με τα δικά του μάτια και λογική το πρόβλημά μου και είχε τη δική του θεωρία. Όσο και αν τους εξηγούσα, ό,τι και αν έλεγα, όσο και να προσπαθούσαν, δεν μπορούσαν να νιώσουν τη δική μου παράνοια, δεν μπορούσαν να νιώσουν ότι το δικό τους φυσιολογικό, για μένα δεν υπάρχει γιατί απλά δεν μπορώ να το δω. Τελικά απευθύνθηκα στον ειδικό, με πολύ προσπάθεια και θέληση κατάφερα να μάθω καλύτερα τον εαυτό μου, να μην αγνοώ τα μηνύματα που μου στέλνει και να τα διαχειρίζομαι πριν να καταλήξω στη γνωστή ψυχοφθόρα διαδικασία. Κατάφερα να καταρρίψω πολλούς προσωπικούς μύθους που μου δυσχέραιναν την προσπάθεια και μπορώ να πω ότι έχω θέσει τα πράγματα υπό έλεγχο. Όχι, δεν είναι ότι δεν ξεφεύγω, δεν είναι ότι δεν νιώθω την ανάγκη να το κάνω που και που μόνο που τώρα δεν με ελέγχει...

...και να που έφτασε η στιγμή που μπορώ να βλέπω τον εφιάλτη από μακριά, δεν έφυγε για πάντα ούτε εξαφανίστηκε αλλά έμαθα να τον πολεμάω. Δεν ξέρω αν θα καταφέρω ποτέ να κατατροπώσω το θηρίο, αλλά το μόνο σίγουρο είναι ότι θα έχω εφόδια για τις μάχες μου. Άλλωστε, τι είναι αυτό που μπορούμε να καταφέρουμε αμαχητί;

2

Υπάρχουν και άλλοι που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα;

1. Εισαγωγή

Οι ΔΠΤ παρουσιάζονται με ένα διπλό πρόσωπο. Για το κοινό είναι μια διαρκώς εντεινόμενη θανατηφόρα μάστιγα που πλήττει νέους ανθρώπους και τις οικογένειές τους. Για το ίδιο το άτομο είναι ένα ακατανόητο εσωτερικό φαινόμενο που δεν μπορεί εύκολα να το μοιραστεί με κάποιον γιατί κανείς άλλος γύρω του δεν το βιώνει και επομένως δεν μπορεί να το κατανοήσει. Τα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι η πραγματικότητα ίσως είναι διαφορετική από αυτές τις δύο εικόνες. Με εξαίρεση τη ΔΕΥ, ο αριθμός των ανθρώπων που πάσχουν από ΔΠΤ είναι όντως σχετικά μικρός. Μεγαλύτερος στην περίοδο της εφηβείας και της πρώιμης ενήλικης ζωής αλλά πάλι, ευτυχώς, μικρός. Επίσης, ο αριθμός των πασχόντων δεν φαίνεται να αυξάνεται ραγδαία ώστε να μπορούσε κανείς να αποδώσει τον χαρακτηρισμό της «επιδημίας» στις ΔΠΤ.

Θα μπορούσε λοιπόν να ειπωθεί στο άτομο που πάσχει από ΔΠΤ ότι δεν είναι μόνο του και ότι υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι της ηλικίας του που παλεύουν με την ίδια κατάσταση και στο κοινό ότι οι ΔΠΤ είναι σοβαρές ψυχικές παθήσεις που χρειάζονται την προσοχή μας, αλλά δεν είναι σε καμία περίπτωση μια μάστιγα που πλήττει τους νέους ανθρώπους.

2. Πόσο συχνές είναι οι ΔΠΤ ;

Η διά βίου επίπτωση της ΨΑ έχει υπολογιστεί στο 1,20–2,2% του πληθυσμού των γυναικών, δηλαδή στις 1000 γυναίκες περίπου, 12–22 από αυτές θα νοσήσουν από ΨΑ κάποια στιγμή στη ζωή τους. Στους άνδρες, το ποσοστό αυτό είναι γύρω στο 0,3% δηλαδή σε 1000 άνδρες μόνο 3 θα νοσήσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους από ΨΑ. Η επίπτωση σημείου για νέες γυναίκες έχει υπολογιστεί ότι είναι γύρω στο 0,3% για την ΨΑ. Αυτό σημαίνει ότι αν μετρούσαμε τις περιπτώσεις της ΨΑ σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή θα βρίσκαμε ότι σε 1000 γυναίκες οι 3 πάσχουν από ΨΑ.

Υπολογίζεται ότι κάθε έτος σε 100.000 άτομα στον γενικό πληθυσμό, περίπου 8,3 άνθρωποι θα νοσήσουν για πρώτη φορά από ΨΑ. Το παραπάνω ποσοστό αυξάνεται δραματικά αν η μέτρηση περιοριστεί σε άτομα που βρίσκονται στην εφηβεία ή στην πρώτη νεανική ηλικία. Δηλαδή, ενώ η ΨΑ φαίνεται να είναι σπάνια πάθηση στον γενικό πληθυσμό, είναι πολύ συχνότερη στην πληθυσμιακή ομάδα των εφήβων και νέων κοριτσιών (15–19 ετών) όπου κάθε χρόνο μπορεί να εμφανίζονται έως και 270 νέες περιπτώσεις ΨΑ ανά 100.000 κορίτσια.

Για την ΨΒ ξέρουμε ότι 1–1,7% των ανθρώπων θα νοσήσει κάποια στιγμή στη ζωή του. Το ποσοστό αυτό φτάνει το 2,3% αν υπολογιστούν και οι πολύ ήπιες περιπτώσεις. Αν μελετήσουμε ξεχωριστά τις γυναίκες έχει υπολογιστεί ότι το 1,1–4,2% των γυναικών παρουσιάζουν ΨΒ κάποια στιγμή στη ζωή τους, ενώ μόνο το 1/3 από αυτές διαγιγνώσκεται από υπηρεσίες υγείας ακόμα και στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες και μόνο το 6% λαμβάνει κάποια ψυχολογική βοήθεια. Η συχνότητα της ΨΒ στον πληθυσμό των νέων γυναικών 15–25 ετών είναι πολύ μεγαλύτερη και κυμαίνεται μεταξύ 3–7%.

Η συνολική ετήσια επίπτωση της διαταραχής εκτιμάται ότι είναι περίπου 12 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους, φτάνει ωστόσο σε 300 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος όταν υπολογίζεται μόνο στην ηλικιακή ομάδα μέγιστου κινδύνου (16–20 ετών).

Παρατηρούμε δηλαδή ότι η ΨΒ είναι αρκετά πιο συχνή διαταραχή από την ΨΑ. Επιπλέον, φαίνεται ότι ο κλινικός πληθυσμός, (δηλαδή τα άτομα αυτά που απευθύνονται σε φορείς ψυχικής υγείας για βοήθεια) δεν αντιπροσωπεύει την επιδημιολογία της διαταραχής, καθώς οι ήπιες εκδηλώσεις της ΨΒ είναι εξαιρετικά συχνές ανάμεσα στα κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία. Αυτό είναι πιθανώς αποτέλεσμα της υιοθέτησης σε αυτή την ηλικία δυσλειτουργικών τρόπων ελέγχου του σωματικού βάρους, όπως είναι η αποφυγή γευμάτων, ο αυτοπροκαλούμενος έμετος και η χρήση καθαρτικών/διουρητικών.

Για τη ΔΕΥ έχουμε λιγότερα δεδομένα από τις άλλες δύο ΔΠΤ. Η ΔΕΥ έχει ελαφρώς μεγαλύτερη συχνότητα από την ΨΑ και την ΨΒ (2–3% στον γενικό πληθυσμό), ενώ στα παχύσαρκα άτομα η συχνότητα της ΔΕΥ αγγίζει το 5% με 8%. Στα θεραπευτικά κέντρα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας έχει βρεθεί ότι το 30% των ατόμων που ζητούν βοήθεια πάσχει από ΔΕΥ. Τέλος, εκτιμάται ότι το 20% του γενικού γυναικείου πληθυσμού παρουσιάζει ήπια και παροδικά επεισόδια υπερφαγίας.

3. Είναι τελικά επιδημία στις δυτικές κοινωνίες;

Αν παρακολουθήσει κανείς τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας στη χώρα μας όταν ασχολούνται με τις ΔΠΤ, είναι πιθανό να νιώσει τρόμο και απειλή. Οι ΔΠΤ είναι μια «θανατηφόρος μαστίγα που απειλεί τα νέα κορίτσια» ή «κύμα επιδημίας πλήττει τη χώρα». «Όλο και περισσότερα νέα κορίτσια πέφτουν θύματα των ΔΠΤ». Είναι όμως έτσι;

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει στις δυτικές κοινωνίες δείχνουν αύξηση τόσο της διάγνωσης της ΨΑ όσο και του αριθμού των πασχόντων που αναζητούν θεραπεία από τη δεκαετία του 1950 έως τη δεκαετία του 1970. Μετά το 1980 παρατηρήθηκε, ιδιαίτερα στην Ευρώπη, σταθεροποίηση της συχνότητας της ΨΑ. Το παραπάνω εύρημα έχει εξηγηθεί είτε ως πραγματική αύξηση των νέων περιστατικών της ΨΑ κατά τη διάρκεια αυτών των δεκαετιών, λόγω αλλαγών των κοινωνικο-πολιτισμικών συνθηκών στις δυτικές κοινωνίες μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, είτε ως ένας συνδυασμός της βελτίωσης στην ανίχνευση νέων περιστατικών με ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού των ασθενών που ζήτησαν θεραπεία, λόγω και της εντατικότερης ενημέρωσης του κοινού για τις ΔΠΤ. Αντίθετα με την ΨΑ, οι άλλες δύο ΔΠΤ περιγράφηκαν και μελετήθηκαν μετά τη δεκαετία του 1980 με αποτέλεσμα να μην έχουμε τόσο μακροχρόνια δεδομένα όσο για την ΨΑ. Πάντως και η ΨΒ και η ΔΕΥ παρουσιάζουν ανά δεκαετία αύξηση του ποσοστού των ατόμων που πάσχουν από αυτές τις δύο διαταραχές, χωρίς όμως αυτή η αύξηση να είναι τόσο ραγδαία που να παίρνει τον χαρακτήρα επιδημίας.

Η άποψη ότι οι ΔΠΤ είναι ασθένεια του δυτικού πολιτισμού φαίνεται ότι δεν είναι απόλυτα ακριβής. Οι ΔΠΤ ανιχνεύονται και σε μη δυτικές κοινωνίες τόσο στην Αφρική όσο και στην Ασία. Οι διαφορές που παρατηρούμε μεταξύ των διαφορετικών κοινωνιών εστιάζονται κυρίως στη συχνότητα και πιθανώς και στη συμπτωματολογία των ΔΠΤ. Για παράδειγμα, η ΨΑ, αν και στις μη δυτικές χώρες είναι λιγότερο συχνή, τα τελευταία έτη ο αριθμός των περιστατικών αυξάνεται και τείνει να προσεγγίσει αυτόν των δυτικών κοινωνιών. Το παραπάνω έχει αποδοθεί τόσο στην αστικοποίηση και βιομηχανοποίηση των κοινωνιών όσο και στην αυξανόμενη επιρροή των δυτικών πολιτισμικών προτύπων. Οι διαφορές στη συμπτωματολογία αφορούν κυρίως στην ένταση της επιθυμίας για ακραία ισχνότητα και τη διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος που δεν είναι τόσο συχνές στις μη δυτικές κοινωνίες.

4. Εμφανίζονται μόνο σε εφήβους;

Η φράση «Ναι, αλλά όχι απαραίτητα» συνοψίζει με τον καλύτερα δυνατό τρόπο την απάντηση σε αυτό το ερώτημα. Τι δεδομένα όμως έχουμε από τις επιδημιολογικές μελέτες;

Για την ΨΑ έχει διαπιστωθεί ότι το 40% των περιπτώσεων θα εμφανιστεί μεταξύ 15 και 19 ετών. Σε μικρότερα ποσοστά η ΨΑ εμφανίζεται για πρώτη φορά σε γυναίκες που βρίσκονται στο τέλος της νεότητας ή στη μέση ηλικία. Μελετώνται επίσης σπάνιες περιπτώσεις γυναικών που η ΨΑ εμφανίστηκε σε προχωρημένη ηλικία, όπως και περιπτώσεις που η ΨΑ εμφανίζεται σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας.

Στην Ελλάδα, η εμπειρία μας είναι ότι τα περιστατικά της ΨΑ εμφανίζονται σε δύο κυρίως ηλικιακές περιόδους. Στα πρώτα έτη του γυμνασίου όταν το άτομο αντιμετωπίζει δυσκολίες με το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και επίσης στο τέλος του λυκείου όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τις απαιτήσεις της ενηλικίωσης και τις ιδιαίτερα στρεσογόνες πανελλήνιες εξετάσεις.

Για την ΨΒ έχει διαπιστωθεί ότι παρουσιάζεται για πρώτη φορά κυρίως σε έφηβα και νεαρά ενήλικα άτομα από 16 έως 24 ετών. Ξεκινάει δηλαδή λίγο αργότερα από τον μέσον όρο έναρξης της ΨΑ. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 19,7 έτη. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστούν δύο σημαντικά θέματα που αφορούν στην έναρξη της ΨΒ. Το πρώτο είναι ότι πολλές φορές το άτομο παραδέχεται ότι υποφέρει από βουλιμικά επεισόδια πολλά έτη μετά την έναρξή τους. Το δεύτερο είναι ότι η ΔΠΤ πολλές φορές ξεκινάει στην εφηβεία ως ΨΑ και μετά από κάποιο χρονικό διάστημα μεταπίπτει στην ΨΒ.

Για τη ΔΕΥ έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζεται αρκετά αργότερα από την ΨΑ και την ΨΒ, δηλαδή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Στους περισσότερους πάσχοντες η ηλικία έναρξης της διαταραχής είναι μεταξύ 22 με 25 ετών. Να σημειωθεί ότι το άτομο που πάσχει από ΔΕΥ πολύ συχνά απευθύνεται για βοήθεια σε ειδικούς για το αυξημένο σωματικό βάρος και όχι για την ψυχική πάθηση. Είναι κατά συνέπεια πιθανό η ΔΕΥ να έχει ξεκινήσει σε μικρότερη ηλικία από την ηλικία όπου γίνεται η διάγνωση. Επίσης, πολύ συχνά λόγω της έλλειψης ενημέρωσης του κοινού, το άτομο δεν αναγνωρίζει ότι αυτό που του συμβαίνει έχει ψυχολογικά αίτια. Δεν είναι ακραία ισχύος όπως στην ΨΑ ούτε προκαλεί εμέτους όπως στην ΨΒ. Το «μόνο» που του συμβαίνει είναι ότι τρώει με ένα παρορμητικό τρόπο, πιθανώς κρυφά για να μην υποστεί την αποδοκιμασία των άλλων για τη «λαιμαργία» του.

5. Πρέπει να είναι κανείς έξυπνος και επιτυχημένος για να εμφανίσει ΔΠΤ;

Οι αρχικές περιγραφές της ΨΑ μιλούσαν για κορίτσια της Καυκάσιας φυλής που προέρχονταν από ευκατάστατες και επιτυχημένες οικογένειες. Τα κορίτσια σπούδαζαν σε καλά ιδιωτικά σχολεία και είχαν άριστες επιδόσεις σε όλους τους τομείς των δραστηριοτήτων τους. Σύμφωνα με τις περιγραφές οι οικογένειές τους έδιναν μεγαλύτερη βαρύτητα στα επιτεύγματα από ό,τι στα συναισθήματα και τις ανάγκες των παιδιών.

Μετά τη δεκαετία του 1980 παρατηρήθηκε μια δημογραφική αλλαγή στις ΔΠΤ οι οποίες στις ημέρες μας αφορούν σε άτομα από όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα και τις γεωγραφικές περιοχές. Πάντως ειδικά για την ΨΑ αρκετά συχνά οι πάσχοντες, ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειάς τους, αναφέρουν άριστες επιδόσεις σε μαθητικούς, αθλητικούς ή καλλιτεχνικούς στόχους. Οι επιδόσεις αυτές είναι συνήθως αποτέλεσμα τόσο της αταλάντευτης επιμονής τους στην επίτευξη του στόχου τους, όσο και ενός πολύ καλού επιπέδου νοημοσύνης.

Τέλος, στις πολυεθνικές δυτικές κοινωνίες, όπως είναι αυτή των ΗΠΑ, έχουν παρατηρηθεί διαφορές στη συχνότητα των ΔΠΤ και μεταξύ των διαφόρων φυλετικών ομάδων. Για παράδειγμα, η ΨΑ είναι λιγότερο συχνή στους Αφροαμερικανούς, σε σύγκριση με τους Ισπανόφωνους και τους Καυκάσιους ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική τους θέση.

6. Είναι αλήθεια ότι οι ΔΠΤ είναι γυναικεία πάθηση;

Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ΔΠΤ επηρεάζουν κυρίως γυναίκες. Δεν είναι όμως μια αποκλειστικά γυναικεία ψυχική πάθηση. Για την ΨΑ και την ΨΒ ξέρουμε ότι περίπου 1 στους 10 πάσχοντες είναι άνδρας. Στη ΔΕΥ η αναλογία των ανδρών είναι πολύ μεγαλύτερη. Έχει υπολογιστεί ότι σε κάθε 1 άνδρα πάσχοντα αντιστοιχεί 1,5 γυναίκα.

Συνεπώς, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι η ΨΑ και η ΨΒ είναι κυρίως, αλλά όχι αποκλειστικά, γυναικείες παθήσεις, ενώ η ΔΕΥ επηρεάζει σαφώς και τα δύο φύλα με μικρή υπεροχή των γυναικών.

Η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών που πάσχουν από ΔΠΤ φαίνεται να εντοπίζεται στο ότι η επιθυμία για ακραία ισχνότητα και η ανησυχία για το σωματικό βάρος είναι λιγότερο έντονες στους ανορεκτικούς άνδρες. Επίσης, φαίνεται ότι οι άνδρες δυσφορούν περισσότερο για το άνω παρά για το κάτω τμήμα του σώματός τους και ξεκινούν δίαιτα σε μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος από τις γυναίκες. Το παραπάνω, πιθανώς να σχετίζεται με το ότι τα πρότυπα ομορφιάς στις δυτικές κοινωνίες απαιτούν για τις μεν γυναίκες λεπτό, για τους δε άνδρες μυώδες σώμα. Το ιδανικό ανδρικό σώμα έχει σχήμα V δηλαδή λεπτά κάτω άκρα, γυμνασμένη κοιλιακή χώρα, λεπτή μέση και φαρδείς ώμους με γυμνασμένους μυς στη θωρακική και ραχιαία χώρα. Δεν είναι ίσως τυχαίο ότι μεγάλο ποσοστό από την ομάδα των ανδρών που ανέπτυξαν ΨΑ ή ΨΒ υπήρξαν στο παρελθόν παχύσαρκοι ή είχαν έντονη ενασχόληση με τον αθλητισμό. Πιθανώς η εμφάνιση της ΨΑ ή της ΨΒ να σχετίζεται στους άνδρες με την προσπάθειά τους να ελέγξουν τη διατροφή τους ώστε να αποκτήσουν ένα ιδανικό μυώδες σώμα.

Ο Μάριος μιλάει για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής:

Εγώ και η Βουλιμία

Ονομάζομαι Μάριος, είμαι 31 χρονών, και αντιμετωπίζω και εγώ διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ) και πιο συγκεκριμένα την ασθένεια της βουλιμίας τα τελευταία 12 χρόνια. Αναφέρομαι σε ασθένεια γιατί πιστεύω πως πρόκειται περί ασθένειας και όχι ως ένα απλό πρόβλημα το οποίο τη μια μέρα μας απασχολεί και την άλλη μέρα το έχουμε ξεχάσει. Χρησιμοποιώ το «και εγώ» γιατί από την προσωπική μου εμπειρία νιώθω και γνωρίζω ότι είμαστε πολλοί που αντιμετωπίζουμε την ίδια ασθένεια, αλλά η κοινωνία μας, μας έχει κάνει να φοβόμαστε να μιλήσουμε με αποτέλεσμα να κρυβόμαστε σαν να έχουμε κάνει κάτι «πολύ κακό» η να αισθανόμαστε σαν να έχουμε κάτι το οποίο είναι κολλητικό. Τουλάχιστον εγώ μέχρι να αποκαλύψω και να ανοιχτώ με το πρόβλημά μου κάπως έτσι ένιωθα.

Μιλώντας για ΔΠΤ και πιο συγκεκριμένα για την ψυχογενή βουλιμία που αντιμετωπίζω, νιώθω ότι μιλάω για ένα αόρατο και ταυτόχρονα ορατό σεντόνι το οποίο το ρίχνουμε πάνω μας κάθε φορά που νιώθουμε θλίψη, οργή, χαρά, όταν είμαστε μόνοι μας, όταν είμαστε ερωτευμένοι, όταν μας συμβαίνει κάτι καλό ή όταν μας συμβαίνει κάτι κακό. Έτσι τουλάχιστον βίωσα και βιώνω εγώ αυτά τα 12 χρόνια τον εφιάλτη της βουλιμίας. Τρώω για να παρηγορήσω τον εαυτό μου και άλλες φορές για να τον τιμωρήσω. Τρώω χωρίς επίγνωση, χωρίς λογική. Ξυπνώ και κοιμάμαι με πρώτη και τελευταία σκέψη στο μυαλό μου πώς θα οργανώσω το επόμενο βουλιμικό επεισόδιο. Μιλάμε στην κυριολεξία για μια οργάνωση-ένα σχέδιο για το πώς θα κρύψω τα συναισθήματά μου, πώς θα απομονωθώ από τους άλλους και πώς θα εξαντλήσω τον εαυτό μου. Νιώθω ότι έχω έναν σύμμαχο σε μια μάχη από την οποία θέλω να φύγω, αλλά είμαι εγκλωβισμένος. Μια μάχη για να απομακρυνθώ από τους φίλους μου, να χαλάσω τη σχέση με τους γονείς μου και την κοπέλα μου, να αποξενωθώ από όλους και από όλα και να μπορώ να μείνω μόνο εγώ και εκείνη. Εκείνη η οποία πίστευα ότι μου κρατούσε συντροφιά τόσα χρόνια και ότι ποτέ δεν θα με άφηνε μόνο μου, εκείνη η οποία ήταν δίπλα μου στις χαρές και στις λύπες μου, εκείνη που με πήρε από παιδάκι 17 χρονών και με έκανε άντρα. Τελικά όμως από ό,τι κατάλαβα, το μόνο που ήθελε ήταν να μη μεγαλώσω και να έχω πάντα την ανάγκη της. Θέλω πολύ να φύγω, αλλά κάτι με κρατάει κοντά στη βουλιμία.

Αν είχα κάποιον μπροστά μου που αντιμετώπιζε το ίδιο πρόβλημα σίγουρα θα τον ρώταγα: καλά, 12 χρόνια περνάς αυτόν τον εφιάλτη όπως τον ονομάζεις, τον πολεμάς όπως λες και δεν βλέπεις μια σημαντική βελτίωση; μήπως τελικά δεν θέλεις να βγεις από αυτή τη μάχη; μήπως την έχεις εγκαταλείψει; μήπως περνάς καλά σε αυτόν τον πόλεμο που δίνεις καθημερινά; Την απάντηση τη βρήκα ο ίδιος μόνος μου ή τουλάχιστον έχω αρχίσει και τη βρίσκω μόνος μου μετά από όλα αυτά τα χρόνια. Μόνο έτσι μπορείς να κάνεις το πρώτο και πιο σημαντικό βήμα για να φύγεις από αυτή τη μάχη. Αν κατανοήσεις μόνος σου για ποιον λόγο έχεις μπει σε αυτή την κατάσταση και γιατί πρέπει να φύγεις. Το πιο πιθανό είναι μετά από οποιαδήποτε μάχη να έχουμε κάποιες απώλειες, κάποιες μικρογραφατζουνιές ή μερικές φορές και μεγάλα τραύματα. Αν βγούμε όμως ζωντανοί, τα οφέλη που θα έχουμε αποκομίσει, νομίζω δεν μετριοούνται.

Εγώ, μετά από 4 χρόνια ψυχοθεραπείας, ενάμιση χρόνο θεραπείας με τη μέθοδο της γνωσιακής συμπεριφορικής, 4 χρόνια έντονης υποστήριξης από την οικογένειά μου και το σημαντικότερο, 4 χρόνια υποστήριξης και αγάπης από τη γυναίκα μου και πίστης ότι ο Θεός είναι πάντα δίπλα μου, νιώθω πλέον ότι είμαι πολύ κοντά στο να βγω νικητής από αυτή τη μάχη. Μια μάχη η οποία μού έχει αφήσει κάποια τραύματα, αλλά δεν με έχει σκοτώσει. Μια μάχη από την οποία πιστεύω και θέλω να βγω νικητής. Δεν πρέπει πλέον να λέω στον εαυτό μου πιστεύω ότι κάποια μέρα θα γίνω καλά, αλλά να το προσπαθώ καθημερινά και να το θέλω πραγματικά, μόνο έτσι ξέρω ότι θα βγω νικητής παλεύοντας και όχι προσμένοντας. Πλέον, θέλω να ζω το κάθε λεπτό της ζωής μου, θέλω να πηγαίνω κάθε μέρα στη δουλειά μου, θέλω να βγαίνω έξω με τη γυναίκα μου, με τον αδελφό μου, με τους γονείς μου, με τους φίλους μου για να διασκεδάζω, είτε πηγαίνοντας για φαγητό, είτε πηγαίνοντας μια βόλτα. Πλέον το φαγητό σε ένα εστιατόριο δεν είναι τρόπος για να ξεφύγω από τα συναισθήματά μου, είναι τρόπος διασκέδασης, τρόπος να έρθω πιο κοντά με τα πρόσωπα που αγαπώ, τρόπος για να συντηρώ τον οργανισμό μου... Μου έχουν λείψει πολλά πράγματα και διψάω να τα κάνω σαν κάποιος που ήταν φυλακισμένος και έχει να δει το φως του ήλιου 12 χρόνια, σαν κάποιος που τρέφεται με υποκατάστατα ζωής και ποτέ δεν δοκιμάζει την αληθινή... Νιώθω ότι έχω αφήσει πολλά πράγματα πίσω τα οποία δεν έχω κάνει, ότι έχω αφήσει πολλά χρόνια ανεκμετάλλευτα, πολλές ώρες σκέψεις για τη βουλιμία. Πλέον πιστεύω πως πρέπει να αφιερώσω κάποιες ώρες για αυτό που λέγεται ΖΩΗ...

Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ) αποτελούν ένα σύγχρονο κοινωνικό πρόβλημα που παίρνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις. Δεν μιλάμε μόνο για παθήσεις που αφορούν σε κάποιες λανθασμένες συνήθειες που έχει κάποιος στον τρόπο πρόσληψης της τροφής του, αλλά για ψυχικές ασθένειες που έχουν να κάνουν με ψυχικές καταστάσεις όπου συνήθως το άτομο έχει βιώσει σε μικρότερες ηλικίες, χωρίς βέβαια αυτό να είναι απαραίτητο. Οι παθήσεις που είναι πιο γνωστές, είναι η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία. Πολλοί ακούγοντας βουλιμία και ανορεξία κατευθείαν το μυαλό τους πάει στο γυναικείο φύλο-πληθυσμό. Σίγουρα το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων είναι γυναίκες και αυτό οφείλεται κατά πολλούς στο γεγονός ότι οι γυναίκες επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία και τα οποία φαίνεται να ενισχύουν θετικά την επιθυμία να είναι κανείς αδύνατος. Από την άλλη πλευρά υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό ανδρών που αντιμετωπίζει ΔΠΤ, αλλά το πρόβλημα δεν βγαίνει ποτέ στην επιφάνεια και κρατιέται ως μυστικό από τον πάσχοντα. Αιτίες μπορούμε να αναζητήσουμε παντού... όπως στο ότι η κοινωνία μας δεν μπορεί να αποδεχτεί ότι είναι μια ασθένεια που δεν κάνει διακρίσεις, ότι στο μυαλό όλων μας έχει περάσει ως γυναικεία ασθένεια, ότι ορισμένες ασθένειες τις έχουμε κατηγοριοποιήσει, και το βασικότερο ότι οι ίδιοι οι άνδρες είναι πιο δύσκολο να αποδεχτούν μια «αδυναμία» τους. Επίσης βλέπουμε ότι είναι και λίγες οι έρευνες που έχουν εστιαστεί στο να κατανοήσουμε τις ΔΠΤ στους άνδρες και ότι καταγράφονται σε μικρότερο ποσοστό του πραγματικού βαθμού για τους άνδρες. Βαθμός που δεν αντανακλά τα αληθινά ποσοστά και δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Όταν ένας άνδρας ξαφνικά παρουσιάσει κάποιες διαφορές στον τρόπο που τρέφεται, τότε και είναι πολύ πιο πιθανό να διαγνωστεί ως ένα είδος κατάθλιψης παρά να δεχτούμε ότι αντιμετωπίζει ΔΠΤ. Εν μέρει, το κρυμμένο πρόβλημα των διατροφικών διαταραχών στους άνδρες είναι και θέμα κουλτούρας. Οι γυναίκες τείνουν να συζητούν τα συναισθήματα και τα ψυχολογικά προβλήματά τους περισσότερο από τους άνδρες. Η ανορεξία και η βουλιμία θεωρούνται ως προβλήματα της γυναίκας. Συζητήσεις περί θερμίδων, για τον έλεγχο του βάρους, αν υπάρχει σύνδεση του αδύνατου σώματος με την ομορφιά, είναι θέματα που συναντάμε κυρίως σε γυναικεία περιοδικά. Η έλλειψη ορατότητας της ανορεξίας ή βουλιμίας στον αρσενικό κόσμο σημαίνει μια σειρά από πράγματα. Γενικώς, παρατηρούμε ότι οι άνδρες δεν αναπτύσσουν συζητήσεις για τις ΔΠΤ. Έχουν την τάση να μη μοιράζονται τις πληροφορίες με άλλους άνδρες, επειδή το θέμα είναι ένα γυναικείο ζήτημα. Η ανδρική ομορφιά έχει να κάνει με τη μάζα του σώματος, τη διόγκωση των μυών και όχι και τόσο με την απώλεια βάρους. Στην κοινωνία που ζούμε ο κόσμος των ανδρών έχει οριστεί ως «ο κόσμος των ισχυρών». Έτσι, οι άνδρες ως «ισχυροί και δυναμικοί» που είναι δεν χρειάζεται να αναζητήσουν καμιά βοήθεια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα όταν ένας άνδρας αντιμετωπίζει ΔΠΤ εκτός από το να αντιμετωπίσει το ίδιο το πρόβλημα έχει να ξεφορτώσει και ένα βαρύ φορτίο ντροπής. Δύο πράγματα είναι αποδεδειγμένα. Το ένα ότι οι ΔΠΤ δεν κάνουν διακρίσεις. Οι ψυχολογικοί παράγοντες που οδηγούν σε ΔΠΤ είναι συνήθως κοινοί και για τους άνδρες και για τις γυναίκες. Χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, άγχος, η ανάγκη να γίνεις αποδεκτός, ένα είδος «ανικανότητας» να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους και κάποια

προσωπικά θέματα είναι μερικοί από τους ψυχολογικούς παράγοντες. Το δεύτερο είναι ότι αντιμετωπίζονται. Το μόνο που πρέπει να κάνουμε είναι ως πρώτο βήμα να αποδεχτούμε το πρόβλημα και έπειτα να ανοίξουμε την πόρτα μας, να απλώσουμε το χέρι μας και να ζητήσουμε βοήθεια από κάποιον ειδικό. Τότε μόνο θα καταλάβουμε ότι δεν είμαστε μόνοι σε αυτόν τον αγώνα που λέγεται ΔΠΤ και ότι μπορεί πράγματι κάποιος να μας βοηθήσει. Όσο κλεινόμαστε στον εαυτό μας και δεν ζητάμε καμία βοήθεια αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ΔΠΤ να τοποθετούν αργά και σταθερά το τουβλάκι τους ώστε να χτίσουν το τείχος που λέγεται αποξένωση από το ίδιο μας το σώμα και από τη ζωή... Τελικά δεν είναι μόνο οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν ΔΠΤ.

3

Φταίω εγώ;

1. Εισαγωγή

Ένα από τα πρώτα θέματα που προκύπτουν σε κάθε συζήτηση που αφορά στις ΔΠΤ είναι η αιτιολογία τους. Τι φταίει; Γιατί ένας νέος άνθρωπος να νοσήσει; Γιατί τώρα και όχι πριν από μερικά χρόνια ή λίγο αργότερα; Είναι κάτι που συνέβη στη ζωή του ατόμου και προκάλεσε τη ΔΠΤ; Ένα τραυματικό γεγονός; Ο τρόπος που μεγάλωσε; Μια ασθένεια που πέρασε;

Η αλήθεια είναι ότι παρά τις έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια οι επιστήμονες δεν έχουν καταλήξει σε ένα ξεκάθαρο και ενιαίο συμπέρασμα για τους λόγους που οδηγούν στην εμφάνιση των ΔΠΤ. Υπάρχουν όμως αρκετά στοιχεία τόσο για τους παράγοντες που ευοδώνουν την έναρξη, όσο και για αυτούς που βοηθούν τη διαίωνιση των ΔΠΤ.

Το ερώτημα που πολλές φορές απασχολεί τους πάσχοντες από ΔΠΤ είναι αν «φταίνε» αυτοί για αυτό που έγινε. Αν είναι κάτι στον εαυτό τους, στη συμπεριφορά ή στις επιλογές τους που οδήγησε στην εμφάνιση της ΔΠΤ. Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι αρκετά πολύπλοκη. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν προταθεί διάφορες υποθέσεις που εστιάζονται στη σχέση της προσωπικότητας με τις ΔΠΤ. Οι κυριότερες από αυτές τις υποθέσεις είναι δύο: η πρώτη θεωρεί ότι στοιχεία της προσωπικότητας αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση της ΔΠΤ και η δεύτερη ότι οι δυσκολίες στην προσωπικότητα και οι ΔΠΤ έχουν κοινή αιτία ή ότι αποτελούν τους δύο πόλους ενός συνεχούς.

Η έρευνα για τους ατομικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των ΔΠΤ έχει οδηγήσει στα παρακάτω πέντε θέματα:

2. Η κληρονομική προδιάθεση

Αν και όλοι οι άνθρωποι μοιράζονται μία κοινή γενετική και βιολογική βάση (π.χ. έχουμε όλοι 46 χρωμοσώματα) το γενετικό μας προφίλ δεν είναι όμοιο. Για την ακρίβεια συμβαίνει μάλλον το αντίθετο. Δηλαδή, όπως τα χαρακτηριστικά του προσώπου και του σώματός μας (για παράδειγμα τα δακτυλικά μας αποτυπώματα) είναι μοναδικά σε κάθε άτομο, έτσι και ο συνδυασμός των γονιδίων που μας καθορίζει είναι μοναδικός. Κάθε φορά που ένα σπερματοζωάριο συναντά ένα ωάριο δημιουργείται ένας νέος μοναδικός γενετικός συνδυασμός που δεν θα επαναληφθεί ποτέ, ακόμα και όταν μελετάμε τα παιδιά που έχουν προκύψει από το ίδιο ζευγάρι γονέων.

Με τον όρο κληρονομική προδιάθεση εννοούμε ότι η μοναδική γενετική δομή του ατόμου μπορεί να διευκολύνει την εμφάνιση των ΔΠΤ. Να σημειωθεί, ότι γενετική προδιάθεση δεν σημαίνει ότι το άτομο θα νοσήσει οπωσδήποτε από ΔΠΤ, αλλά ότι έχει αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσει ΔΠΤ λόγω του γενετικού του προφίλ.

Μία από τις κυρίαρχες απόψεις για τη συμμετοχή των γονιδιακών παραγόντων στην αιτιολογία των ΔΠΤ είναι αυτή της αλληλεπίδρασης γονιδίων-περιβάλλοντος, σύμφωνα με την οποία ορισμένα άτομα είναι γενετικά ευάλωτα για την

εμφάνιση της ΔΠΤ. Λόγω της μεγαλύτερης γονιδιακής ευαισθησίας τους η επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως είναι η διαίτα, μπορεί να οδηγήσει ευκολότερα στην εμφάνιση της διαταραχής σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν αυτή τη γενετική ευαλωτότητα αλλά εκτίθενται και αυτά στον ίδιο περιβαλλοντικό παράγοντα (κάνουν διαίτα).

Για την ΨΑ οι μελέτες κληρονομικότητας έδειξαν ότι υπάρχει ένα ισχυρό στοιχείο γενετικής συμμετοχής και ότι περίπου το 33–84% της αιτιολογίας της μπορεί να αποδοθεί σε γενετικούς παράγοντες. Το παραπάνω αποτέλεσμα συνδυάζεται τόσο με την κλινική παρατήρηση –ότι στις οικογένειες των ανορεκτικών κοριτσιών υπάρχουν και άλλα μέλη που πάσχουν από ΔΠΤ–, όσο και με μελέτες που δείχνουν ότι οι συγγενείς ατόμων με ΨΑ έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν και αυτοί την ίδια πάθηση. Είναι ενδιαφέρον ότι η αυξημένη κληρονομική προδιάθεση δεν βρίσκεται μόνο για την ΨΑ, αλλά και για ορισμένα χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτήν όπως η δυσαρέσκεια με το σώμα και η αυξημένη ενασχόληση με το βάρος και τη διατροφή.

Για την ΨΒ, από τις μελέτες οικογενειών και διδύμων προκύπτει, όπως και με την ΨΑ, ισχυρή κληρονομική προδιάθεση. Η συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην εμφάνιση της ΨΒ εκτιμάται άνω του 50%. Επιπλέον οι συγγενείς των πασχόντων εμφανίζουν διαταραχές της διάθεσης σε μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Έχουν εντοπιστεί ορισμένοι γενετικοί τόποι που σχετίζονται με τη διαταραχή και πιθανώς με ορισμένα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά της, όπως η παρορμητική κατανάλωση τροφής και η καταναγκαστικότητα.

Για τη ΔΕΥ, οι μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει κληρονομική προδιάθεση σε μέτριο βαθμό. Περίπου το 45–57% της πιθανότητας εμφάνισης της πάθησης μπορεί να αποδοθεί σε κληρονομικούς παράγοντες. Μάλιστα για τη ΔΕΥ έχει παρατηρηθεί ότι μπορεί πολλά μέλη της ίδιας οικογένειας να πάσχουν από την πάθηση και αυτό μπορεί να αποδοθεί λιγότερο στο ότι μοιράζονται ένα κοινό οικογενειακό περιβάλλον και περισσότερο σε γενετικούς παράγοντες.

3. Το άγχος

Το άγχος είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα που βιώνουμε σε συνδυασμό με έντονες σωματικές μεταβολές όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε μια δυνητικά επικίνδυνη κατάσταση. Αν και οι βιολογικές αλλαγές του άγχους είναι προσανατολισμένες στο να προετοιμάσουν τον οργανισμό μας για να αντιμετωπίσει φυσικούς κινδύνους, η ίδια ακριβώς κινητοποίηση παρατηρείται στο ανθρώπινο σώμα και όταν το άτομο αντιμετωπίζει ψυχολογικούς κινδύνους ή γενικά κάποια συνθήκη που τη θεωρεί απειλητική. Για παράδειγμα, η καρδιά παρουσιάζει ταχυκαρδία τόσο όταν κάποιος απειλεί να μας ληστέψει, όσο και όταν δίνουμε εξετάσεις στο σχολείο ή στο πανεπιστήμιο. Στην πρώτη περίπτωση, κινδυνεύει η ζωή μας (φυσικός κίνδυνος) στη δεύτερη κινδυνεύει η σταδιοδρομία, η αυτοπεποίθησή μας ή η αποδοχή από τους άλλους ανθρώπους (ψυχολογικός κίνδυνος).

Το άγχος που βιώνουμε όταν αντιμετωπίζουμε μια κατάσταση δεν είναι το ίδιο για όλους τους ανθρώπους. Αυτό φαίνεται να έχει σχέση τόσο με ιδιοσυγκρασιακά όσο και με επίκτητα χαρακτηριστικά του ατόμου. Τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά αφορούν κυρίως στο πόσο κινητοποιείται ο ανθρώπινος οργανισμός σε συνθήκες κινδύνου. Υπάρχουν άνθρωποι που το σώμα τους αντιδρά έντονα (ταχυκαρδία, ιδρώτας, τρόμος άνω άκρων) ακόμα και σε ήπια ερεθίσματα και φυσικά συμβαίνει και το αντίστροφο. Τα επίκτητα χαρακτηριστικά σχετίζονται περισσότερο με το ποιες καταστάσεις κινητοποιούν έντονα το άγχος στο άτομο. Δηλαδή ποιες καταστάσεις έχει μάθει να θεωρεί απειλητικές ή επικίνδυνες και συνεπώς τον αγχώνουν. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η τελειοθηρία που θα αναπτυχθεί περισσότερο διεξοδικά στην επόμενη παράγραφο.

Τα ερευνητικά δεδομένα και η κλινική εμπειρία έχουν δείξει ότι σημαντικός αριθμός πασχόντων από ΔΠΤ αναφέρει ότι ένα από τα χαρακτηριστικά της ζωής τους πριν από την εμφάνιση της πάθησης ήταν το έντονο άγχος που βίωναν. Το άγχος μπορεί να έχει σχέση με τις επιδόσεις στα μαθήματα ή στα αθλήματα αλλά σαφώς δεν περιορίζεται μόνο σε αυτούς τους τομείς. Μπορεί για παράδειγμα να παίρνει τη μορφή αγωνίας για τη ζωή των υπολοίπων μελών της οικογένειας. Πολλές φορές το άγχος είναι γενικευμένο και δεν εστιάζεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις αλλά αφορά γενικά κάθε πτυχή και δραστηριότητα του ατόμου. Η μείωση αυτού του συνεχούς και επίμονου άγχους φαίνεται να είναι ένας από τους παράγοντες που διαιωνίζουν τις ΔΠΤ. Στη μεν ΨΑ αυτό γίνεται λόγω της στέρησης της τροφής και

του υποσιτισμού που συνεπάγεται μείωση στην ένταση των συναισθημάτων, ενώ στις υπερφαγικές διαταραχές γίνεται μέσα από την αγχώλυση που συνοδεύει τη βουλιμική κατανάλωση τροφής.

4. Η τελειοθηρία

Ο όρος τελειοθηρία δεν περιγράφει μόνο την αναζήτηση υψηλών επιδόσεων αλλά ένα ολόκληρο σύστημα συμπεριφορών που έχουν ως στόχο να ανακουφίσουν το άτομο από την αμφιβολία για την αξία του και την αγωνία του για τις πιθανές συνέπειες της αποκάλυψης στους άλλους και στον εαυτό του της χαμηλότερης από το αναμενόμενο ικανότητάς του.

Αν παρατηρήσουμε το σχήμα 1 στο τέλος του παρόντος κεφαλαίου θα δούμε ότι στη βάση της τελειοθηρίας βρίσκονται δύο πυρηνικές πεποιθήσεις. Η πρώτη είναι ότι το άτομο πιστεύει ότι πιθανώς έχει μικρότερη ικανότητα και αξία από αυτή που του αποδίδει το περιβάλλον του. Η δεύτερη πεποίθηση είναι ότι αν αυτό αποκαλυφθεί τότε οι άλλοι θα απογοητευτούν και θα αποσύρουν τα θετικά συναισθήματά τους. Αυτές οι δύο πεποιθήσεις προκαλούν εντονότατη αγωνία. Στη προσπάθειά του να μειώσει την αγωνία, το άτομο αναπτύσσει μια σειρά από στρατηγικές. Μία από αυτές είναι αυτή της τελειοθηρίας. «Αν είμαι ο καλύτερος, τέλειος, αν πετυχαίνω τους πιο δύσκολους στόχους, αν είμαι πρωταθλητής, θα είμαι σίγουρος ότι είμαι καλός και ότι οι άλλοι θα είναι ευχαριστημένοι από εμένα».

Η τελειοθηρία, αν και αρχικά ενισχύεται από τις επιτυχίες του ατόμου και την επιβράβευση που λαμβάνει για αυτές από το περιβάλλον του, έχει ως στρατηγική δύο βασικά μειονεκτήματα. Το πρώτο είναι ότι το άτομο συνήθως αποδίδει την επιτυχία του στην υπερπροσπάθεια και όχι στην εγγενή του ικανότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην πείθεται ποτέ για το λανθασμένο των πεποιθήσεών του και να χρειάζεται συνεχώς νέους στόχους και επιτεύγματα, για να κρατάει σε έλεγχο την αγωνία της αποτυχίας. Το δεύτερο μειονέκτημα αφορά στη φυσική νομοτέλεια που υπαγορεύει ότι κάποια στιγμή θα υπάρξει κάποιο λάθος ή μια επίδοση που δεν θα είναι άριστη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, πυροδοτείται και πάλι η αγωνία της αποδοκιμασίας και το άτομο πανικοβάλλεται για τις συνέπειες αυτού του ολισθήματος.

Είναι ενδιαφέρον ότι, όπως φαίνεται και στο σχήμα 2 τα άτομα που χαρακτηρίζονται από έντονη τελειοθηρία πολλές φορές αντιδρούν στον έπαινο με αύξηση του άγχους και της αγωνίας τους και όχι με ικανοποίηση. Αδυνατώντας να πιστέψουν ότι τα επιτεύγματά τους είναι αποτέλεσμα της ικανότητάς τους, δεν αισθάνονται τον έπαινο ως τη δίκαιη αναγνώριση από τους άλλους της επιτυχίας τους, αλλά ως αύξηση των προσδοκιών τους. Προσδοκίες όμως που νιώθουν ότι κινδυνεύουν να μην μπορέσουν να εκπληρώσουν. Έτσι, ο έπαινος δεν προκαλεί την αναμενόμενη ευχαρίστηση, αλλά αντιθέτως μεγάλη αγωνία για το τι θα γίνει, αν δεν μπορέσουν στο μέλλον να διατηρήσουν τις επιδόσεις τους σε αντίστοιχο υψηλό επίπεδο.

Στις ΔΠΤ, και ειδικότερα στην ΨΑ, παρατηρούμε πολύ συχνά ότι η τελειοθηρία είναι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των πασχόντων. Ήδη από τη δεκαετία του 1970 υπάρχουν αναφορές που περιγράφουν τα άτομα με ΨΑ ως «τελειοθηρικά, εξαρτημένα και συμμορφωμένα». Η προσωπικότητα των πασχόντων από ΨΑ χαρακτηρίζεται συχνά από το ότι θέτουν μη ρεαλιστικούς στόχους και πιστεύουν ότι οι άλλοι θα αξιολογήσουν αυστηρά την επίδοσή τους, με αποτέλεσμα να προσπαθούν να πετύχουν άριστα αποτελέσματα σε κάθε τους δραστηριότητα. Οι πάσχοντες συχνά αμφισβητούν την ποιότητα των επιτευγμάτων τους και αντιδρούν αρνητικά στα λάθη τους θεωρώντας τα ισοδύναμα της αποτυχίας. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες με ΨΑ είναι συνήθως λιγότερο παρορμητικές από τις υγιείς γυναίκες της ηλικίας τους, αναζητούν λιγότερο συχνά νέες εμπειρίες, αποφεύγουν την έκθεση σε καταστάσεις που θεωρούν άγνωστες, άρα επικίνδυνες και εξαρτώνται σημαντικά από την επιδοκιμασία/επιβράβευση των άλλων.

5. Η δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων

Το άγχος δεν είναι το μοναδικό συναίσθημα που ταλαιπωρεί τα άτομα με ΔΠΤ. Ο θυμός, το αίσθημα κενού/ανία, η απογοήτευση/θλίψη και η ντροπή είναι μερικά από τα συναισθήματα που αναφέρουν οι πάσχοντες ότι τους οδηγούν σε

υπερφαγικά επεισόδια. Στη βάση αυτής της συμπεριφοράς κρύβεται η δυσκολία του ατόμου να ρυθμίσει ή ακόμα και να αντέξει αποτελεσματικά τα συναισθήματά του. Η δυσκολία αυτή αναπόφευκτα οδηγεί σε κλιμάκωση των συναισθημάτων, με αποτέλεσμα το άτομο να προσπαθεί να τα καταστείλει μέσω της παρορμητικής συμπεριφοράς. Μια τέτοια παρορμητική συμπεριφορά είναι και το βουλιμικό επεισόδιο. Η παρορμητική κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού ρυθμίζει τα συναισθήματα τόσο γιατί η ίδια η τροφή προκαλεί ευχαρίστηση, όσο και γιατί η δράση μέσα από την υπερφαγική συμπεριφορά εκτονώνει τη συναισθηματική πίεση

που βιώνει το άτομο. Αν η πίεση αυτή σχετίζεται με αντικειμενικά υπαρκτά προβλήματα, ένας άλλος μηχανισμός ρύθμισης του συναισθήματος είναι η αναβολή επίλυσης του προβλήματος, μέσω της επικέντρωσης του ατόμου αρχικά στη διαδικασία κατανάλωσης της τροφής και στη συνέχεια στις συνέπειές της (αύξηση του βάρους, ανάγκη για καθαριστική ή διαιτητική προσπάθεια). Πώς όμως ένα άτομο φτάνει στην απορρύθμιση του συναισθήματος;

Η απορρύθμιση του συναισθήματος αποδίδεται στον συνδυασμό τριών παραγόντων:

- α. Την αυξημένη συναισθηματική ευαλωτότητα του ατόμου. Δηλαδή ήπια εξωτερικά ερεθίσματα (π.χ. καλοήθης κριτική) προκαλούν άμεση συναισθηματική απάντηση, η απάντηση είναι πολύ έντονη σε σχέση με το ερέθισμα (έντονη αγωνία για πιθανή απόρριψη) και τέλος ο οργανισμός καθυστερεί να επιστρέψει στην κατάσταση ηρεμίας (το άτομο σκέφτεται την κριτική και νιώθει αναστατωμένο για ώρες ή ακόμα και μέρες).
- β. Τη σημαντική δυσκολία στην αποδοχή της προσωπικής συναισθηματικής εμπειρίας (δυσκολία στην παρατήρηση και περιγραφή τους, έντονη αποφυγή των δυσάρεστων ερεθισμάτων και αδυναμία να αποσπαστεί η προσοχή του ατόμου από τα δυσάρεστα συναισθήματα).
- γ. Τη βιολογική ευαλωτότητα του ατόμου στη ρύθμιση του συναισθήματός του.

Η δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων παρατηρείται πολύ πιο συχνά στις υπερφαγικές μορφές των ΔΠΤ σε σχέση με τις περιοριστικές. Κάποιες φορές μάλιστα μπορεί να είναι μέρος μιας σειράς από παρορμητικές συμπεριφορές που περιλαμβάνουν την κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, την πολυμεικτική ερωτική συμπεριφορά, την παρορμητική αγορά ή κλοπή αντικειμένων από καταστήματα.

6. Τα γεγονότα ζωής

Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν σχετιστεί με την έναρξη των ψυχικών παθήσεων και ιδιαίτερα με τις συναισθηματικές διαταραχές. Η έρευνα για το αν η έναρξη των ΔΠΤ σχετίζεται με στρεσογόνα γεγονότα έχει δώσει τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα. Τα συχνότερα αναφερόμενα γεγονότα ζωής που σχετίζονται από τις πάσχουσες με την έναρξη ή/και την επιδείνωση των ΔΠΤ είναι η απομάκρυνση λόγω σπουδών από την οικογένεια, η αλλαγή σχολείου, η μετακόμιση σε άλλη περιοχή ή πόλη και τέλος η ασθένεια και η απώλεια σημαντικών προσώπων. Από το σύνολο των στρεσογόνων γεγονότων αυτά που συνδέονται με δυσάρεστες οικογενειακές εμπειρίες, όπως η σωματική βία και η συναισθηματική κακοποίηση από τους γονείς, σχετίζονται περισσότερο έντονα με την έναρξη των ΔΠΤ. Μάλιστα η σεξουαλική κακοποίηση, που είναι ένα ιδιαίτερα τραυματικό γεγονός, έχει βρεθεί ότι είναι συχνότερα αναφερόμενη από κορίτσια που πάσχουν από ΨΒ.

Είναι ενδιαφέρον ότι η παρουσία στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή της ασθενούς λίγο πριν από την έναρξη της ΔΠΤ έχει σχετιστεί επίσης και με καλύτερη έκβαση της διαταραχής. Πάντως οι μέχρι τώρα μελέτες έχουν δείξει ότι τα γεγονότα ζωής συμβάλλουν στην εμφάνιση των ΔΠΤ επηρεάζοντας περισσότερο το **πότε** θα εμφανιστεί η διαταραχή και λιγότερο το **αν** εμφανιστεί. Είναι δηλαδή περισσότερο μέρος του πυροδοτικού μηχανισμού και λιγότερο της ευαλωτότητας στην εμφάνιση των ΔΠΤ.

Η Μαρίνα μιλάει για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Εγώ φταίω; Ανοίγω το ψυγείο, απλώνω το χέρι μου, παίρνω κάτι να φάω. Όχι, Δεν πρέπει! Δεν μπορώ διαφορετικά, νιώθω να το χρειάζομαι! Τρώω γρήγορα, να μην προλάβουν να με δουν.

Τρώω, ανοίγω το ψυγείο ξανά, χρειάζομαι κι' άλλο, ξανά και ξανά, τρώω τόσο πολύ που πονάει το στομάχι μου.

Τώρα πια δεν μπορώ να φάω άλλο και μια καινούργια αγωνία με έχει κυριεύσει, πώς θα καταφέρω να διώξω όλες αυτές τις θερμίδες που μόλις πήρα;

Ένα βουλιμικό επεισόδιο μόλις έγινε. Και μετά το απόλυτο κενό. Δεν αντέχω ούτε τον εαυτό μου. Πάλι έχασα τον έλεγχο, τον έλεγχο στο φαγητό (μήπως και της ζωής μου;). Νιώθω αποτυχημένη, απογοητευμένη, μόνη, ανίκανη, κενό. Δεν νιώθω τίποτα.

Εγώ φταίω; αφού είναι κάτι που δεν το θέλω, γιατί φταίω; τόσα χρόνια προσπαθώ να ξεφύγω από τη βουλιμία αλλά πάλι υπέκυψα. Είναι το χειρότερο συναίσθημα που έχω νιώσει. Νιώθω να χάνω τον εαυτό μου.

Εγώ φταίω; πού φταίω; τι δεν κάνω σωστά; αφού εγώ πάντα προσπαθούσα πολύ. Να είμαι καλή φοιτήτρια-μαθήτρια, να είμαι καλή κόρη, αυτή για την οποία θα είναι περήφανοι οι γονείς μου, να είμαι καλή αδερφή, να είμαι καλή φίλη, να είμαι όμορφαδύνατη, να είμαι δυνατή, να είμαι χαμογελαστή κ.λπ., κ.λπ. Τα περισσότερα τα κατάφερα, ή μάλλον όλα τα κατάφερα! αλλά η βουλιμία είναι εκεί τόσα χρόνια. Τι είναι αυτό που δεν κάνω σωστά;»

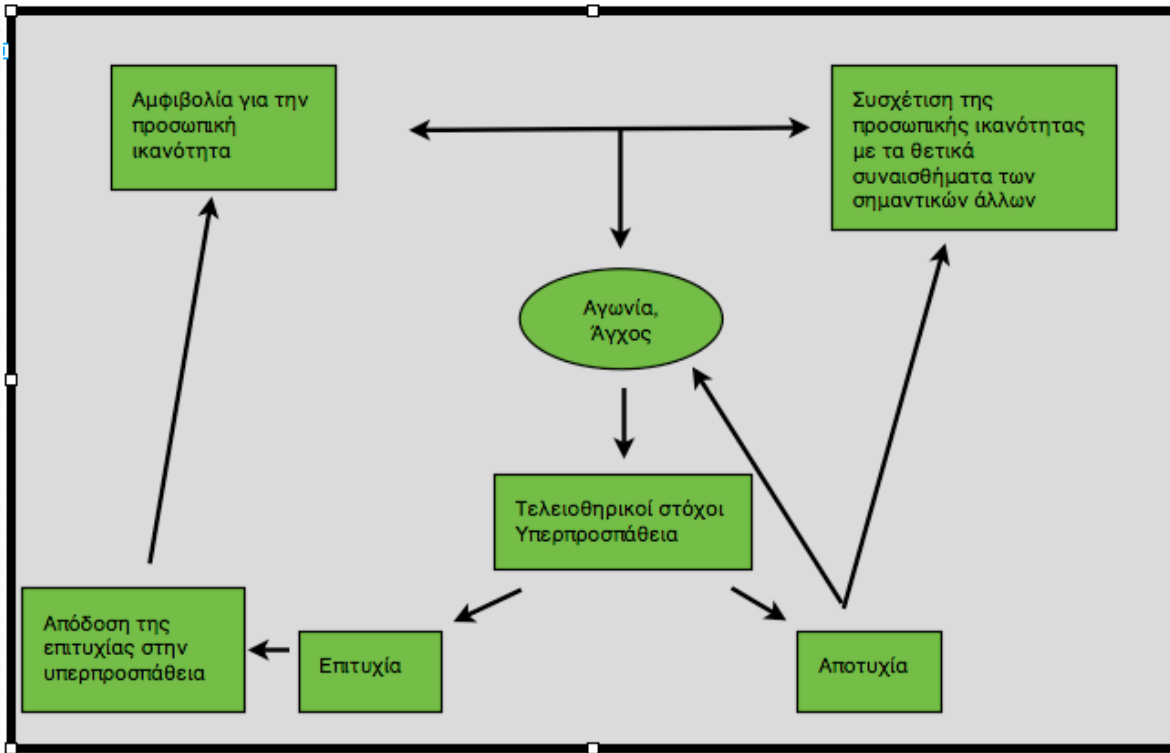
Μέσω της ψυχοθεραπείας που ακολουθώ τα τελευταία 2,5 χρόνια έχω την ευκαιρία να ψάξω βαθιά μέσα μου, να βρω τις αδυναμίες μου, να αναγνωρίσω τις δυσκολίες μου, να μάθω πώς να τις χειρίζομαι, να βρίσκω σιγά-σιγά τον εαυτό μου. Κατάλαβα ότι πριν από κάθε βουλιμία υπάρχει κάτι που δεν μπορώ να διαχειριστώ ή να αντέξω. Στο παρελθόν ετεροπροσδιοριζόμουν πολύ. Ένωθα ότι «Τα πήγα καλά» εφόσον μου πουν μπράβο οι άλλοι, αγαπώ τον εαυτό μου εφόσον με αγαπήσουν, είμαι όμορφη εφόσον ακούσω ένα κομπλιμέντο κ.λπ., κ.λπ. Θυμάμαι να μην πιστεύω σε εμένα, να έχω πολύ αγωνία αν θα τα καταφέρω σε οτιδήποτε. Θυμάμαι τον εαυτό μου να προσπαθεί υπερβολικά για όλα, για τα διαβάσματα, την αγάπη, την ομορφιά, την αναγνώριση. Κάθε αποτυχία έμοιαζε πολύ μεγάλη τόσο που κάποιες φορές δεν μπορούσα καν να προσπαθήσω από το άγχος μήπως δεν τα καταφέρω. Έπρεπε πάντα να είμαι δυνατή, και να μην πέφτω, με αποτέλεσμα μέχρι και τα συναισθήματα απογοήτευσης, αγωνίας, θυμού να αρνιόμουν να τα βιώσω. Και ο τρόπος για να τα αποφύγω ήταν και η βουλιμία.

Μεγάλωσα σε μια πολύ δεμένη οικογένεια, αλλά αυτό έχει ως αποτέλεσμα να απορροφώ τις δυσκολίες των γονιών μου στο να διαχειριστούν το δικό τους συναίσθημα. Σίγουρα η ψυχολογική ταπείνωση από ένα αγόρι ήταν ένα θέμα το οποίο χρειάστηκε να αντιμετωπίσω και να ξεπεράσω.

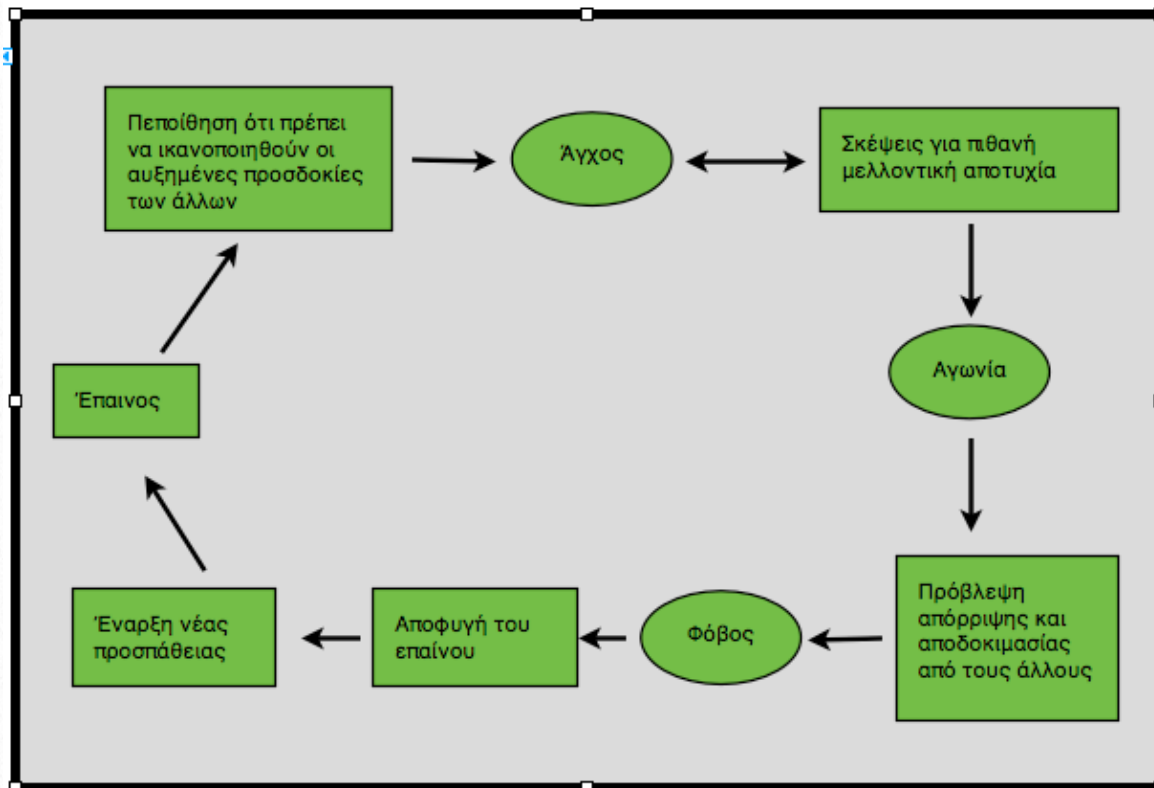
Σιγά-σιγά, με τον καιρό κατάλαβα ότι δεν φταίω εγώ για τη βουλιμία μου, δεν είναι επιλογή μου, αλλά είναι στο δικό μου χέρι να την αντιμετωπίσω. Και στο ερώτημα που με ταλαιπώρησε πολύ: γιατί σε εμένα και όχι στον δίπλα που μπορεί να έχει περάσει αντίστοιχες καταστάσεις;

Γιατί σε εμένα βρήκε ο σπόρος εύφορο έδαφος.

Και εγώ ήμουν πολύ ευαίσθητη και οι καταστάσεις ήταν δύσκολες.



Σχήμα 1. Ο κύκλος της τελειοθηρίας



Σχήμα 2. Ο φόβος του επαίνου

4

Φταίει η οικογένειά μου;

1. Εισαγωγή

Οι ΔΠΤ και ιδιαίτερα η ΨΑ και η ΨΒ εμφανίζονται σε μια ηλικιακή περίοδο που το άτομο ζει μαζί με τη γονεϊκή του οικογένεια. Μάλιστα στην Ελλάδα ο χρόνος που ζει κανείς με την οικογένειά του είναι παρατεταμένος και σε αρκετές περιπτώσεις ιδιαίτερα τα τελευταία έτη, εκτείνεται και μέχρι την 4η δεκαετία της ζωής του. Το παραπάνω έχει αποδοθεί στην αύξηση των ετών εκπαίδευσης, καθώς το μεγάλο μέρος των νέων ανθρώπων συνεχίζει τις σπουδές του και μετά την ολοκλήρωση της φοίτησής του στο σχολείο, στους χαμηλούς μισθούς που δεν επιτρέπουν σε ένα νέο άτομο να ζήσει μόνο του, καθώς και στην αύξηση του μέσου όρου της ηλικίας στην οποία τα άτομα παντρεύονται και δημιουργούν μια νέα οικογένεια. Τα παραπάνω ενισχύονται και από την τάση της ελληνικής οικογένειας να κρατάει κοντά τα μέλη της, ακόμα και αφού τελειώσουν τις σπουδές τους ή εργάζονται.

Τα τελευταία έτη χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά ο όρος «αναδυόμενη ενηλικίωση» για να περιγράψει αυτή ακριβώς την περίοδο μετά το τέλος της εφηβείας (17–18 έτη) μέχρι τη στιγμή που το άτομο θα είναι ουσιαστικά ενήλικας, δηλαδή θα μπορεί να αυτοπροσδιορίζει τους στόχους, τις επιθυμίες και τον τρόπο ζωής του, καθώς και να συντηρείται με τις δικές του δυνάμεις. Το τέλος της «αναδυόμενης ενηλικίωσης» προσδιορίζεται στη μέση της 3ης δεκαετίας της ζωής του ατόμου (24–26 ετών). Η περίοδος της εφηβείας και της «αναδυόμενης ενηλικίωσης» είναι αυτή ακριβώς όπου εμφανίζονται οι ΔΠΤ στο μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων. Σε αυτή την περίοδο όμως υπάρχουν και αρκετά θέματα στην οικογενειακή ζωή του νέου ατόμου, καθώς μεγαλώνει και σταδιακά απομακρύνεται από την παιδική του ζωή προσπαθώντας να ανεξαρτητοποιηθεί και να διαμορφώσει τη δική του ταυτότητα. Τα θέματα αυτά σε αρκετές περιπτώσεις εκδηλώνονται με εντάσεις ή ακόμα και τσακωμούς ή βιώνονται σιωπηλά με έντονη δυσφορία και εσωτερική πίεση. Αν και η πρώτη σκέψη είναι ότι το μέλος της οικογένειας που πιέζεται είναι αυτό που βρίσκεται στη διαδικασία μετάβασης στην ενήλικη ζωή, στην πραγματικότητα η πίεση απλώνεται σε όλα τα μέλη της οικογένειας καθώς η ενηλικίωση και η σταδιακή απομάκρυνση των παιδιών επιφέρει γενικότερα έναν επαναπροσδιορισμό των ρόλων και των στόχων στην οικογένεια.

Σε προέκταση των παραπάνω, το ερώτημα που αρκετά συχνά τίθεται προς τους ειδικούς είναι κατά πόσο μπορεί η εμφάνιση της ΔΠΤ να αποδοθεί στο οικογενειακό κλίμα. Το ερώτημα αυτό δεν προβληματίζει μόνο τους γονείς που αναρωτιούνται με αγωνία αν έκαναν κάτι λάθος και «αρρώστησε» το παιδί τους, αλλά και τους ίδιους τους πάσχοντες. «Αν ζούσα σε μια άλλη οικογένεια, αν η μητέρα μου δεν ήταν έτσι, αν ο αδελφός μου δεν μου φερόταν με αυτόν τον τρόπο, αν η γιαγιά μου δεν ανακατευόταν τόσο πολύ, θα είχα αρρωστήσει;».

Αν και η αγωνία που συνοδεύει το παραπάνω ερώτημα είναι απόλυτα κατανοητή, στην πραγματικότητα δεν υπάρχει μια ξεκάθαρη απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα. Αυτό που είναι σχεδόν σίγουρο είναι ότι η οικογενειακή ζωή, όπως συμβαίνει και με όλες τις σοβαρές και απειλητικές ασθένειες, χωρίζεται σε περιόδους. Σε αυτήν πριν την εμφάνιση της ΔΠΤ και σε αυτήν μετά. Αυτός ο διαχωρισμός είναι πολύ σημαντικός στην προσπάθειά μας να μελετήσουμε τη συμμετοχή της οικογένειας στην εμφάνιση και πορεία των ΔΠΤ, καθώς η ζωή της οικογένειας αναδιοργανώνεται μετά την έναρξη της διαταραχής. Αν δεν ληφθεί υπόψη αυτή η αναδιοργάνωση κινδυνεύουμε να καταλήξουμε σε

λανθασμένα συμπεράσματα, καθώς μπορεί να χρησιμοποιήσουμε τα δεδομένα της μίας περιόδου για να εξηγήσουμε τα φαινόμενα της άλλης.

Τέλος, να σημειωθεί ότι επειδή η μελέτη της σχέσης της οικογένειας με τις ΔΠΤ έχει εστιαστεί κυρίως στην ΨΑ και λιγότερο στις υπόλοιπες ΔΠΤ, τα δεδομένα που θα παρουσιαστούν αφορούν κυρίως στην ΨΑ.

2. Θεωρίες

Παρακάτω θα αναφερθούν περιληπτικά δύο από τα θεωρητικά μοντέλα για τη σχέση της οικογένειας με την ΨΑ. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν ανεπτυγμένες θεωρητικές υποθέσεις για την ΨΒ και τη ΔΕΥ. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα μοντέλα αυτά μπορεί να περιγράψουν κάποιες από τις οικογένειες με μέλος που πάσχει από ΨΑ, αλλά δεν έχουν ουσιαστικά αποδειχθεί ότι μπορούν να αποτελέσουν εξηγήσεις για την εμφάνιση της ΔΠΤ.

Α. Στη δομική προσέγγιση της θεραπείας οικογένειας η συμπτωματολογία της ΨΑ θεωρείται ότι συνεισφέρει στη διατήρηση δυσλειτουργικών μηχανισμών στην οικογενειακή ζωή, όπως είναι η ακαμψία και η υπερεμπλοκή. Σημαντικότερος εκπρόσωπος της δομικής προσέγγισης ήταν ο Minuchin το έργο του οποίου στη δεκαετία του 1970 ήταν πρωτοποριακό, καθώς ήταν η πρώτη φορά που παρουσιαζόταν μια ολοκληρωμένη θεωρητική πρόταση, σε συνδυασμό με θεραπευτική παρέμβαση. Ο Minuchin εισήγαγε την έννοια της ψυχοσωματικής οικογένειας και των τεσσάρων τύπων λειτουργίας της που ήταν οι παρακάτω:

Υπερεμπλοκή

Στις υπερεμπλεκόμενες οικογένειες τα όρια μεταξύ των μελών είναι δυσδιάκριτα. Συνήθως τα μέλη της οικογένειας αυτής δεν έχουν προσωπικό χώρο, ούτε κυριολεκτικά αλλά ούτε και ψυχολογικά, με αποτέλεσμα να εισβάλλουν ο ένας στα συναισθήματα και στις σχέσεις του άλλου. Για παράδειγμα, η πάσχουσα από ΨΑ μπορεί να παραπονεθεί ότι στο σπίτι της δεν μπορεί να βάλει τα ρούχα που θέλει γιατί πολύ συχνά τα φοράνε και άλλα μέλη της οικογένειάς της, ή ότι δεν μπορεί να βρει μια στιγμή ησυχίας γιατί κανείς μέσα στην οικογένεια δεν αναγνωρίζει την ανάγκη της για προσωπικό χρόνο ακόμα και μέσα στο μπάνιο.

Ακαμψία

Οι οικογένειες που χαρακτηρίζονται από ακαμψία δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στις φυσιολογικές αλλαγές που το πέρασμα του χρόνου επιφέρει στη δυναμική της οικογένειας καθώς διαμορφώνονται νέες ανάγκες και ρόλοι. Η αλλαγή συνήθως βιώνεται ως επώδυνη και επικίνδυνη, γι' αυτό και οι οικογένειες αυτές προσπαθούν να μείνουν προσηλωμένες στους παλιούς τρόπους λειτουργίας. Εξακολουθούν δηλαδή να λειτουργούν με τους ίδιους κανόνες και να παραγνωρίζουν την ανάγκη για αλλαγή που συνοδεύει την ωρίμανση των παιδιών και τη φυγόκεντρο δυναμική της εφηβείας που προκύπτει από την ανάγκη της ανεξαρτοποίησης.

Αποφυγή της σύγκρουσης

Στις οικογένειες αυτές οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών τους, αντιμετωπίζονται ως καταστροφικά γεγονότα που θέτουν σε κίνδυνο την ίδια την ύπαρξη της οικογένειας. Για να προστατευθεί η οικογένεια από την «επαπειλούμενη αυτοδιάλυση» και να μειωθεί η δυσφορία που μπορεί να προκληθεί από την έντονη διαφωνία, η οικογένεια συνήθως προσπαθεί να αποφύγει κάθε είδους συζήτηση που μπορεί να οδηγήσει σε σύγκρουση, ακόμα και αν πρόκειται για σημαντικά θέματα όπως είναι οι εξωσυζυγικές σχέσεις των γονέων, η κατάχρηση ουσιών ή θέματα οικονομικής φύσης. Λόγω της αποφυγής της σύγκρουσης, τα προβλήματα και οι διαφωνίες μέσα στην οικογένεια παραμένουν άλυτα και αυτό μακροπρόθεσμα αυξάνει αντί να μειώνει την ένταση και βάζει σε κίνδυνο αντί να ευοδώνει τη συνοχή της οικογένειας.

Υπερπροστατευτικότητα

Στις οικογένειες αυτές το εξωτερικό περιβάλλον βιώνεται συνήθως ως απειλητικό και τα μέλη της οικογένειας ως ευάλωτα. Αυτό οδηγεί στην ανάγκη για αυξημένη προστασία των μελών της οικογένειας που εκτίθενται για πρώτη φορά στις δυσκολίες της ζωής ή που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας. Η αυξημένη όμως προστασία προς τα

νεαρότερα μέλη της οικογένειας μπορεί να εμποδίζει την εξέλιξή τους, την αυτονόμησή τους και τη σταδιακή απομάκρυνσή τους από τη γονεϊκή οικογένεια.

Αν και το έργο του Minuchin αποτέλεσε τον θεμέλιο λίθο για τη μελέτη των οικογενειών με μέλος που πάσχει από ΨΑ θα πρέπει να γνωρίζουμε τους παρακάτω δύο περιορισμούς που έχει το έργο του: Ο πρώτος είναι ότι στην κλινική πράξη οι τέσσερις αυτοί τύποι οικογένειας δεν είναι διακριτοί και σε μια οικογένεια μπορεί να συνυπάρχουν στοιχεία και από τους τέσσερις. Ο δεύτερος ήταν ότι αυτοί οι τέσσερις τύποι οικογένειας δεν είναι χαρακτηριστικοί της ΨΑ και μπορεί να τους συναντήσουμε σε πολλές οικογένειες που ένα μέλος τους πάσχει από κάποια άλλη ψυχική νόσο.

Β. Η συστημική προσέγγιση της σχολής του Μιλάνου εστιάστηκε περισσότερο στην επίδραση που έχει η ΨΑ και τα συμπτώματά της στην πάσχουσα και την οικογένειά της, χωρίς όμως να υποθέτει ότι υπάρχει οπωσδήποτε μια παθολογική λειτουργία στην οικογένεια που να προδιαθέτει για την εμφάνιση της ΨΑ. Η συγκεκριμένη προσέγγιση βασίζεται στην πεποίθηση ότι τα μέλη της οικογένειας είναι συνδεδεμένα με μεταφορικές, κυκλικές και συστημικές αλληλοεπιδράσεις και σε αυτές τις αλληλοεπιδράσεις, τα συμπτώματα έχουν μια σημαντική λειτουργία. Τα συμπτώματα μπορεί να «προστατεύουν» την οικογένεια, να συμβάλλουν στη μείωση της απειλής από την έναρξη της σεξουαλικότητας στην έφηβο ασθενή, να συμβάλλουν στην επανασύνδεση της οικογένειας ή να εξυπηρετούν στην αποφυγή συγκρούσεων που αυξάνουν την πιθανότητα διάσπασής της. Τα συμπτώματα έτσι, γίνονται μέσον επικοινωνίας και εμφανίζονται ως ένας «τρόπος επίλυσης των αδιεξόδων» της οικογένειας.

Η προσέγγιση της σχολής του Μιλάνου στην οικογενειακή θεραπεία της ΨΑ στηρίχτηκε σε σημαντικό βαθμό στο έργο των Selvini-Palazzoli et al, που περιέγραψαν την οικογένεια με ανορεκτικό μέλος ως ιδιαίτερα δύσκολη στο να δεχτεί εξωτερικές παρεμβάσεις. Η δυσλειτουργία της οικογένειας εστιάζεται κυρίως στο ότι υπάρχουν πολλές κρυφές συμμαχίες μεταξύ των μελών της που εμποδίζουν τον σαφή καθορισμό των ενδοοικογενειακών σχέσεων.

3. Η ζωή πριν τη ΔΠΤ

Όταν οι οικογένειες περιγράφουν αναδρομικά τη ζωή της οικογένειας πριν την εμφάνιση της ΔΠΤ, φυσικά επηρεάζονται από τις αλλαγές που έχει φέρει η νόσος. Παρά όμως την επίδραση αυτή, θα μπορούσαμε να ταξινομήσουμε τις περιγραφές αυτές στις παρακάτω τρεις κατηγορίες:

α. *Η ειδυλλιακή ζωή.* Σε αυτή την κατηγορία η οικογενειακή ατμόσφαιρα περιγράφεται ως ειδυλλιακή. Οι γονείς έχουν πολύ καλή σχέση μεταξύ τους και είναι ενθουσιασμένοι από τα παιδιά τους με τα οποία έχουν εξαιρετική επικοινωνία. Τα παιδιά νιώθουν ότι τα αγαπάνε και τα υποστηρίζουν οι γονείς και αισθάνονται ασφαλή εντός της οικογένειάς τους. Η ζωή αυτή καταρρέει μετά την εμφάνιση της ΔΠΤ.

β. *Η «καλή μεν αλλά» ζωή.* Σε αυτή την κατηγορία η περιγραφή της οικογένειας είναι μέσα στα συνήθη πλαίσια. Υπάρχουν οι θετικές δυνάμεις, αλλά και οι δυσκολίες στην οικογένεια. Κάποιοι τομείς της οικογενειακής ζωής παρουσιάζονται ικανοποιητικοί και κάποιοι προβληματικοί. Για παράδειγμα, μπορεί η σχέση των παιδιών με τον έναν γονέα να περιγράφεται θετικά και με τον άλλον αρνητικά. Ή να εμφανίστηκε ένα σοβαρό οικονομικό πρόβλημα που να ταλαιπώρησε την οικογένεια.

γ. *Η «δύσκολα χρόνια» ζωή.* Στην κατηγορία αυτή υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες στην οικογενειακή ζωή. Οι γονείς μπορεί να έχουν σοβαρά προβλήματα στη μεταξύ τους σχέση ή να έχουν χωρίσει και να παραμένουν σε διαρκή αντιπαράθεση και σύγκρουση. Τα παιδιά μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις δραστηριότητές τους, ενώ η σχέση τους με τους γονείς μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένη. Για παράδειγμα, οι ασθενείς που πάσχουν από ΨΑ περιγράφουν τις μεν μητέρες τους ως ελεγκτικές και χωρίς σαφή διαχωριστικά όρια μεταξύ του εαυτού τους και της κόρης τους, τους δε πατέρες τους ως ψυχρούς και απόμακρους.

4. Η ζωή μετά τη ΔΠΤ

Μετά την εμφάνιση της ΔΠΤ τα δεδομένα στην οικογένεια αλλάζουν. Ο φόβος για την υγεία του πάσχοντος μέλους, οι υπαρκτές ιατρικές επιπλοκές στην ΨΑ, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων από τα τρόφιμα της οικογένειας και η τελετουργία του προκλητού εμέτου αποδιοργανώνουν την οικογενειακή ζωή. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα από την κοινοποίηση της ύπαρξης της ΔΠΤ, η οικογένεια αναδιοργανώνεται με βάση αυτά τα νέα δεδομένα. Αυτό είναι ένα στοιχείο που πρέπει να έχουμε πάντα υπόψη μας, καθώς η οικογένεια που απευθύνεται στον ειδικό της ψυχικής υγείας για θεραπεία είναι η οικογένεια που έχει προσπαθήσει να προσαρμοστεί στα δεδομένα που βάζει η ΔΠΤ και όχι αυτή στην οποία μεγάλωσε το άτομο.

Στο πλαίσιο αυτών των αλλαγών παρατηρούμε ότι πολλές φορές η ΔΠΤ παίρνει τον έλεγχο της οικογένειας και καθορίζει τις ενέργειές της. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ΔΠΤ μπορεί, για παράδειγμα, να γίνεται ένας μικρός δικτάτορας που δίνει εντολές και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να υπακούουν. Σε αντίθετη περίπτωση, η οικογένεια απειλείται ότι θα δυναμώσει η συμπτωματολογία με αποτέλεσμα το πάσχον μέλος να μη φάει ή να κάνει εμετό το φαγητό του. Επίσης, σε άλλες περιπτώσεις γονείς που είχαν απομακρυνθεί συναισθηματικά, αναγκάζονται από τη ΔΠΤ να έρθουν ξανά κοντά στην προσπάθειά τους να συντονίσουν τις ενέργειές τους για να βοηθήσουν το παιδί τους που πάσχει.

Για τη ζωή μετά τη ΔΠΤ και ιδιαίτερα την ΨΑ έχουμε τα παρακάτω ευρήματα: Οι πάσχουσες από ΨΑ αναφέρουν ότι βιώνουν σε σύγκριση με μη ανορεκτικές κοπέλες, περισσότερο έλεγχο από τη μητέρα τους, καθώς και υπερπροστασία και εισβολή στην προσωπική τους ζωή από την οικογένειά τους. Οι ασθενείς μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να μοιράζονται με τις μητέρες τους κοινές ανησυχίες για την τροφή και το σώμα. Είναι ενδιαφέρον ότι ενώ οι ίδιες οι πάσχουσες συχνά περιγράφουν τις οικογένειές τους ως δυσλειτουργικές και τις οικογενειακές σχέσεις ως διαταραγμένες, οι γονείς τους δίνουν διαφορετικές περιγραφές όπου η οικογενειακή ζωή περιγράφεται ως αρμονική και χωρίς έντονες συγκρούσεις. Μάλιστα μεγαλύτερη διαφοροποίηση έχει παρατηρηθεί ανάμεσα στην περιγραφή που δίνουν οι ίδιες οι ασθενείς με αυτή των μητέρων τους. Από τους δύο τύπους της ΨΑ, οι ασθενείς με τον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο παρουσίαζαν μεγαλύτερη οικογενειακή δυσλειτουργία, με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό την έλλειψη συνοχής της οικογένειας.

Ένας διαφορετικός τρόπος προσέγγισης της επίδρασης της οικογένειας και ειδικότερα της σχέσης με τη μητέρα είναι η μελέτη της προσκόλλησης. Ως προσκόλληση αναφέρεται ο τρόπος με τον οποίο το παιδί δημιουργεί τον πρώτο του συναισθηματικό δεσμό που είναι φυσικά με τη μητέρα του. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ενήλικες γυναίκες με ΔΠΤ παρουσιάζουν τον αγχώδη τύπο της προσκόλλησης. Το εύρημα αυτό είναι ενδεικτικό σημαντικής διαταραχής στη σχέση με τη μητέρα τους όταν οι ασθενείς βρίσκονταν στην πρώιμη παιδική ηλικία. Μια υπόθεση που έχει διατυπωθεί είναι ότι οι μητέρες των γυναικών με ΔΠΤ είχαν υποστεί στο παρελθόν απώλειες που δεν επιλύθηκαν, με αποτέλεσμα οι κόρες τους να αντιδρούν στο οικογενειακό κλίμα που διαμορφώνουν οι απώλειες αυτές, με το να φροντίζουν καταναγκαστικά τις μητέρες τους.

5. Ακραίες καταστάσεις

Σε ορισμένες, ευτυχώς όχι συχνές, περιπτώσεις, το οικογενειακό περιβάλλον είναι εξαιρετικά αρνητικό για το μέγιστο των παιδιών. Για την περιγραφή αυτών των αρνητικών συνθηκών έχει εισαχθεί ο όρος «απαξιωτικό περιβάλλον».

Η έννοια του απαξιωτικού περιβάλλοντος αναφέρεται σε συνθήκες όπου οι σημαντικοί άλλοι (συνήθως οι γονείς) δεν ενισχύουν τη συναισθηματική έκφραση του παιδιού, του υπαγορεύουν τα συναισθήματα που θα έπρεπε να νιώθει σε κάθε περίπτωση ή λειτουργούν επικριτικά. Αναλυτικότερα, η έκφραση των προσωπικών εμπειριών του παιδιού αντιμετωπίζεται με ακανόνιστη, ακατάλληλη και ακραία απάντηση. Δηλαδή απαξιώνεται, τιμωρείται ή υποτιμάται η αξία της έκφρασής τους. Το πρώτο χαρακτηριστικό της απαξίωσης είναι ότι ο ενήλικας λέει στο παιδί ότι κάνει λάθος στην περιγραφή και ανάλυση των δικών του εμπειριών. Το δεύτερο χαρακτηριστικό της είναι ότι αποδίδει τη συναισθηματική εμπειρία του παιδιού σε κοινωνικά ανεπίτρεπτα χαρακτηριστικά του ή σε χαρακτηριστικά στοιχεία. Μερικά

παραδείγματα απαξιωτικών φράσεων είναι τα παρακάτω: «Είσαι θυμωμένη αλλά δεν το παραδέχεσαι» «Όταν λες να εννοείς όχι» «Πρέπει να έχεις πάντα θετική στάση».

Το αποτέλεσμα του απαξιωτικού περιβάλλοντος είναι ότι το παιδί δεν μαθαίνει να ονοματίζει τις προσωπικές του εμπειρίες, ούτε εκπαιδεύεται να ρυθμίζει τη συναισθηματική του διέγερση. Το περιβάλλον δεν διδάσκει το παιδί να αντέχει τη συναισθηματική δυσφορία ή να διαμορφώνει ρεαλιστικούς στόχους και προσδοκίες. Επίσης, δεν μαθαίνει το παιδί πότε να εμπιστεύεται τα συναισθήματά του και τις νοητικές του απαντήσεις δηλαδή τις σκέψεις και τις αξιολογήσεις του, ως αντανakλάσεις έγκυρων ερμηνειών των γεγονότων. Σε αυτό το περιβάλλον οι ακραίες συναισθηματικές εκφράσεις του παιδιού είναι συχνά αναγκαίες για να προκαλέσουν το ενδιαφέρον των ενηλίκων.

Μεγαλώνοντας, το παιδί δεν γνωρίζει πώς να ονοματίζει τα συναισθήματά του καθώς δεν μπορεί να τα αναγνωρίσει. Επιπλέον δεν εμπιστεύεται τα συναισθήματά του ως φυσιολογικές αντιδράσεις σε ατομικά και κοινωνικά γεγονότα. Κατά συνέπεια, το άτομο ως έφηβος ή νεαρός ενήλικας υιοθετεί τις συμπεριφορές απαξίωσης και τις εφαρμόζει στον εαυτό του. Το απαξιωτικό περιβάλλον εμφανίζεται τόσο σε χαοτικές όσο και σε επιφανειακά τέλειες οικογένειες. Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι ένας τρίτος τρόπος λειτουργίας της οικογένειας που μπορεί να λειτουργεί απαξιωτικά, είναι αυτός στον οποίο υπερτονίζεται ο γνωσιακός έλεγχος των συναισθημάτων, τα επιτεύγματα και η κυριαρχία ως κριτήρια ορθότητας επιτυχίας.

Στην ακραία εκδοχή του απαξιωτικού περιβάλλοντος το παιδί αντιμετωπίζεται με βία, σεξουαλική, σωματική και λεκτική. Χρησιμοποιείται δηλαδή περισσότερο ως αντικείμενο που πρέπει να λειτουργεί σύμφωνα με τις επιταγές του ενηλίκου και να ικανοποιεί τις επιθυμίες του, αλλιώς τιμωρείται αυστηρά. Τα συναισθήματα, οι προτιμήσεις και οι ανάγκες του, αντιμετωπίζονται

ως ελαττώματα και υπερβολές που θα έπρεπε να μην υπάρχουν. Οι μελέτες που έχουν γίνει έδειξαν ότι η σεξουαλική κακοποίηση περισσότερο και λιγότερο άλλες μορφές κακοποίησης ή παραμέλησης στην παιδική ηλικία αποτελούν παράγοντες κινδύνου, κυρίως για παρορμητικού τύπου συμπτωματολογία ΔΠΤ που μπορεί να συνοδεύεται και από άλλες παρόμοιες συμπεριφορές όπως η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και η πρόκληση αυτοτραυματισμών.

6. Αποφεύγοντας τις εύκολες λύσεις

Η επιφανειακή ανάγνωση των παραπάνω στοιχείων θα μπορούσε αβίαστα να καταλήξει στην εύκολη λύση να κατηγορηθεί η οικογένεια για τα πάντα. Τα κοινωνικά στερεότυπα, εξάλλου επηρεασμένα από πρόχειρες και μη αποδεδειγμένες ψυχολογικές απόψεις ενισχύουν την παραπάνω άποψη. «Αν εσύ δεν είσαι καλά φταίει που δεν είχες καλά παιδικά χρόνια. Και για τα άσχημα παιδικά σου χρόνια, φυσικά φταίει η οικογένειά σου και πρώτα απ' όλα η μητέρα σου». Αν κανείς χρησιμοποιήσει τις δικές του προσωπικές εμπειρίες και μνήμες, είναι πραγματικά εντυπωσιακό πώς τα κοινωνικά στερεότυπα κατηγορούν για οποιαδήποτε ψυχική μας ταλαιπωρία, αυτούς ακριβώς τους δύο ανθρώπους που συνήθως περισσότερο από κάθε άλλον προσπάθησαν να μας κρατήσουν στη ζωή.

Είναι αναγκαίο ξανά και ξανά να τονιστεί ότι τα παραπάνω ευρήματα **δεν** αποτελούν αποδείξεις ότι η οικογένεια ευθύνεται για την εκδήλωση της ΔΠΤ. Είναι περισσότερο ενδείξεις των ανθρώπινων δυσκολιών που προηγούνται της εμφάνισης της ΔΠΤ και κυρίως της εντονότατης δυσλειτουργίας που προκαλεί στην οικογένεια η εμφάνιση σε ένα μέλος της μιας ψυχικής πάθησης με τα χαρακτηριστικά και την επικινδυνότητα των ΔΠΤ.

Η Γεωργία μιλάει για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Στη δική μου οικογένεια επικρατούσαν κυρίως η ακαμψία και ο υπερπροστατευτισμός. Ο πατέρας μου, τις πιο πολλές φορές, προσπαθούσε να με «προστατέψει» από τα πάντα και δυσανασχετούσε όταν παράκουγα τις συμβουλές του ή όταν έκανα ένα λάθος για το οποίο με είχε προειδοποιήσει. Αμφότεροι οι γονείς μου ήταν παλαιών αρχών, τουλάχιστον όσον αφορά στην ανατροφή μου. Παρέμεναν προσκολλημένοι στα παλιά δεδομένα χωρίς να καταλαβαίνουν ότι οι καιροί αλλάζουν. Πρόσφατα, άρχισαν να εξελίσσουν τις αντιλήψεις τους και να συμβαδίζουν με το σήμερα.

Σε καμία περίπτωση ωστόσο, δεν φταίνε για το γεγονός ότι στα 25 μου ξεκίνησα μια ακραία δίαιτα και μέσα σε 5 μήνες κατέληξα βουλιμική. Φυσικά, δεν έφταιξε μόνο η δίαιτα. Όπως κατάλαβα μετά από αρκετά χρόνια μέσα στη διαταραχή, πέρα από τη στέρηση που είχε συσσωρευτεί από τις συνεχείς δίαιτες, έμαθα να καταφεύγω στην εύκολη λύση του φαγητού όταν είχα οποιοδήποτε επίμονο δυσάρεστο συναίσθημα και να ξεσπάω εκεί αντί να εξωτερικεύω με άλλον τρόπο τη δυσφορία μου.

5

Φταίει η μόδα;*

1. Η «ισχνή ομορφιά» στον 20ό και 21ο αιώνα

Η αύξηση της συχνότητας των ΔΠΤ που παρατηρήθηκε μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική έχει συνδεθεί από πολλούς συγγραφείς με τη μεταβολή των γυναικείων προτύπων ομορφιάς. Σύμφωνα με τα «νέα δεδομένα», τα οποία είχαν ξεκινήσει ήδη από τα τέλη του 19ου αιώνα και κορυφώθηκαν μετά το 1960, η όμορφη γυναίκα των δυτικών κοινωνιών πρέπει να είναι ιδιαίτερα λεπτή.

Στη δεκαετία του 1980, ερευνητές συγκέντρωσαν τα καταγεγραμμένα σωματικά βάρη των νεαρών υποψηφίων για τον διαγωνισμό ομορφιάς των ΗΠΑ “Miss America” της χρονικής περιόδου 1959 έως 1978. Το συμπέρασμα της μελέτης ήταν ότι σε σύγκριση με τα αντίστοιχα επίσημα στοιχεία για τον γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ, οι Αμερικανίδες «καλλονές» είχαν βάρος αντίστοιχο με το 87,6% του βάρους της μέσης Αμερικανίδας, για την περίοδο 1959–1970. Το αντίστοιχο ποσοστό για την περίοδο 1970–1978 ήταν 84,6%. Για κάθε χρονιά που κατέγραψαν οι ερευνητές, το μέσο σωματικό βάρος των υποψηφίων “Miss America” ελαττωνόταν συνεχώς, περίπου κατά 130 γραμμάρια ανά έτος.

Μια άλλη ενδιαφέρουσα μελέτη εστιάστηκε στο να προσδιορίσει ακριβώς τις χρονικές περιόδους κατά τις οποίες το ισχνό πρότυπο ομορφιάς έκανε την εμφάνισή του στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ). Η έρευνα επικεντρώθηκε στα τεύχη δύο μεγάλων σε κυκλοφορία γυναικείων περιοδικών, του “Vogue” και του “Ladies Home Journal” για οκτώ συνεχόμενες δεκαετίες του 20ού αιώνα – δηλαδή από το 1901 έως το 1981. Μετρήθηκαν και συγκρίθηκαν οι σωματικές διαστάσεις των μοντέλων που πόζαραν σε αυτά. Βρέθηκε ότι, τα κορίτσια που προβάλλονταν ως πρότυπα ομορφιάς ήταν ιδιαίτερος λεπτά κατά τη διάρκεια δύο χρονικών περιόδων: (α) από το 1909 έως το 1929, και (β) από το 1949 έως το 1981. Όπως επεσήμαναν οι ερευνητές, οι χρονικές αυτές περιόδους συμπίπτουν με τις περιόδους αυξημένης εκδήλωσης περιστατικών «αυτοπροκαλούμενης ασιτίας». Βέβαια στις αρχές του 20ού αιώνα η καταγραφή των ασθενών που έπασχαν από ΔΠΤ δεν γινόταν δυστυχώς με λεπτομερή και μεθοδικό τρόπο.

Σε μια παρόμοια μελέτη, οι ερευνητές συνέκριναν τους σωματότυπους των κοριτσιών που πόζαραν στο περιοδικό Playboy κατά τα χρόνια 1978–1998. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και τα «κουνελάκια» του συγκεκριμένου περιοδικού επηρεάστηκαν από το πρότυπο της ισχνότητας και με το πέρασμα των δεκαετιών απέκτησαν λεπτότερο σώμα. Την ίδια χρονική περίοδο, μια άλλη μελέτη αξιολόγησε τα ανδρικά πρότυπα που προβάλλονταν στο περιοδικό Playgirl στα τεύχη που κυκλοφόρησαν διαδοχικά από το 1973 έως το 1997. Το αντίστοιχο συμπέρασμα είναι ότι οι άνδρες που απεικονίζονταν στο συγκεκριμένο περιοδικό ήταν ολοένα και περισσότερο μυώδεις.

Από τις παραπάνω μελέτες προκύπτει το συμπέρασμα ότι μέσα στον 20ό αιώνα παρατηρείται μια αλλαγή στο γυναικείο και ανδρικό σωματότυπο που προβάλλεται από τα ΜΜΕ ως μοντέλο της ομορφιάς. Το «καλλίγραμμο» γυναικείο σώμα ως όχημα κομψότητας ή αισθησιασμού γίνεται προοδευτικά λεπτότερο και περισσότερο μυώδες, με λιγότερες καμπύλες κυρίως στην περιοχή της κοιλιάς, της πυέλου και των μηρών. Ταυτόχρονα απομακρύνεται προοδευτικά από τον μέσο σωματότυπο του γενικού πληθυσμού των γυναικών, δηλαδή γίνεται όλο και περισσότερο εξωπραγματικό.

2. Εφηβεία-Δυσαρέσκεια με το σώμα και δίαιτα

Το ιδανικό της «ισχνής ομορφιάς» όπως διαμορφώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες επηρεάζει σημαντικά τους νέους ανθρώπους και ιδιαίτερα τους εφήβους. Το αποτέλεσμα είναι ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων να νιώθει έντονη δυσαρέσκεια με το σώμα του και να διαμορφώνει στερητικές διατροφικές συνήθειες που πολλές φορές είναι ο προπομπός των ΔΠΤ.

Σημαντικός αριθμός μελετών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι έφηβες θέλουν να φαίνονται λεπτότερες, ενώ οι έφηβοι πιο δυνατοί και μυώδεις. Στις ΗΠΑ το 46% των παιδιών ηλικίας 9–11 ετών απάντησε ότι «ενίστε» ή «πολύ συχνά» κάνει δίαιτα, ενώ το 82% των οικογενειών τους κάνει επίσης δίαιτα «ενίστε» ή «πολύ συχνά».

Στην Ελλάδα, μια μελέτη που έγινε σε πρωτοετείς φοιτήτριες Διαιτολογίας έδειξε ότι 15% των ερωτηθέντων έκανε δίαιτα κατά το τελευταίο έτος, ενώ περίπου το 1/3 των κοριτσιών είχε διαταραγμένες στάσεις απέναντι στο φαγητό.

Πώς σχετίζονται όμως τα παραπάνω ευρήματα με την έναρξη των ΔΠΤ; Οι μελέτες που αναφέρθηκαν έδειξαν ότι στην εφηβεία η ανησυχία και το άγχος για το βάρος και την εικόνα του σώματος, ιδιαίτερα στα κορίτσια, αυξάνει κατακόρυφα. Πιθανώς το παραπάνω να συνδέεται με το ιδανικό της γυναικείας ισχνότητας που κυριαρχεί στον δυτικό πολιτισμό τις τελευταίες δεκαετίες και το οποίο προβάλλεται εντονότατα από τα ΜΜΕ. Η άποψη που υποστηρίζει ότι τα κορίτσια που πάσχουν από ΔΠΤ ήθελαν να αδυνατίσουν ώστε να γίνουν πιο όμορφες, ή ότι ήθελαν απλώς να προσεγγίσουν τα πρότυπα ομορφιάς που βλέπουν στα ΜΜΕ, αν και είναι μάλλον μια υπεραπλουστευμένη εκδοχή, που δεν συνυπολογίζει τους άλλους αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες, πιθανώς έχει κάποια ψήγματα αλήθειας, καθώς εξηγεί την εμμονή που παρατηρούμε στα έφηβα κορίτσια σχετικά με το βάρος και τις αναλογίες του σώματός τους. Μια εμμονή που καταλήγει σε εξαντλητικές δίαιτες ή σε ιδιόμορφες διατροφικές συνήθειες που για κάποια κορίτσια είναι τα πρώτα συμπτώματα της ΔΠΤ. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι τα κορίτσια που κάνουν συχνά δίαιτα είναι 12 φορές πιο επιρρεπή σε επεισόδια υπερφαγίας από τα κορίτσια που δεν κάνουν δίαιτα.

3. Τα ΜΜΕ και τα πρότυπα της ομορφιάς

Αν το ισχνό πρότυπο ομορφιάς συμβάλλει στην εκδήλωση των ΔΠΤ ιδιαίτερα σε εφήβους και νέους ενήλικες, το ερώτημα που λογικά διαμορφώνεται αφορά στον υπεύθυνο φορέα για τη διάδοση των προτύπων αυτών, δηλαδή τα ΜΜΕ. Όπως είδαμε, από το 1960 και έπειτα, με αποκορύφωμα τις τελευταίες δεκαετίες, τα ΜΜΕ μεταφέρουν ως επί το πλείστον την εικόνα του ισχνού, αποστεωμένου και σχεδόν «άφυλου» σώματος, επηρεάζοντας σε αρκετά σημαντικό βαθμό τις γενιές των νέων κοριτσιών.

Η «αναζήτηση του τέλειου σώματος» υποκινείται από δύο βασικές πεποιθήσεις. Πρώτον, ότι είναι δυνατόν να αγγίξει κάποιος το αισθητικό ιδεώδες, εάν ακολουθήσει την κατάλληλη δίαιτα, το κατάλληλο πρόγραμμα σωματικής άσκησης και να καταβάλει την ανάλογη προσπάθεια. Και δεύτερον, ότι αφού το «ιδανικό σώμα» έχει επιτευχθεί, έπονται σημαντικά «ανταλλάγματα» όπως επαγγελματική καταξίωση, χρήματα, ευτυχία και γοητεία.

Τι γίνεται όμως όταν το προβαλλόμενο πρότυπο ομορφιάς είναι εξωπραγματικά ισχνό; Χαρακτηριστικά, σήμερα υπολογίζεται ότι η μέση Αμερικανίδα γυναίκα έχει ύψος 1,63 m και ζυγίζει 63,5 kg, ενώ το μέσο μοντέλο στην Αμερική έχει ύψος 1,80 m και ζυγίζει 53 kg. Κατά τα φαινόμενα, το «ιδανικό σώμα» όπως προβάλλεται διαφέρει πολύ από τα φυσιολογικά κριτήρια που ορίζουν την υγιή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Συγκεκριμένα, μια υγιής γυναίκα έχει ποσοστό λίπους στο σώμα της το οποίο κυμαίνεται περίπου από 22% έως 25%. Ωστόσο, το «εντυπωσιακό» σώμα των φωτομοντέλων, των διασημοτήτων, κ.λπ. εκτιμάται ότι έχει ποσοστό λίπους που κυμαίνεται μόλις από 10% έως 15%. Φυσικά, αυτό το ισχνό ιδεώδες σώμα απαιτεί πολλές ώρες σωματικής άσκησης ώστε να επιτευχθεί. Για παράδειγμα, αναφέρεται ότι οι διεκδικήτριες διαγωνισμών ομορφιάς στις ΗΠΑ γυμνάζονται έως και 35 ώρες κάθε εβδομάδα – αρκετά περισσότερο δηλαδή από ότι ένα ισορροπημένο και ιατρικά ενδεδειγμένο πρόγραμμα γυμναστικής που θα ωφελούσε τη σωματική υγεία.

4. Τα ΜΜΕ, τα πρότυπα ομορφιάς και οι σημαντικοί άλλοι

Το προβαλλόμενο πρότυπο του ισχνού γυναικείου σώματος δεν επηρεάζει μόνο τα κορίτσια, αλλά και τα σημαντικά για αυτά πρόσωπα όπως είναι τα μέλη της οικογένειάς τους και τα συνομήλικα αγόρια. Ορισμένοι συγγραφείς εκφράζουν τον προβληματισμό ότι τα λεπτά σώματα των μοντέλων και γενικότερα των γυναικών που προβάλλονται από τα ΜΜΕ εξοικειώνουν το κοινό με το ανορεκτικό σώμα. Το αρνητικό αποτέλεσμα είναι διπλό. Τα μέλη της οικογένειας αργούν να αντιδράσουν στην απίσχνανση της νέας κοπέλας ή ακόμα χειρότερα στην αρχή την επαινούν για την απώλεια βάρους που πέτυχε και για την πιστή τήρηση της δίαιτας και του προγράμματος άσκησης.

Στα αγόρια, η κύρια επίδραση των ΜΜΕ αφορά στην εκμάθηση της επιδοκιμασίας του λεπτού σώματος στις γυναίκες. Αυτό το αποτέλεσμα προσθέτει μια άκρως ενδιαφέρουσα διάσταση. Φαίνεται ότι τα ΜΜΕ ασκούν μια έμμεση επίδραση στην εικόνα σώματος των νεαρών γυναικών, μέσω της επιρροής που ασκούν στις προσδοκίες που αναπτύσσουν τα αγόρια αναφορικά με την εξωπραγματικά αδύνατη εμφάνιση των γυναικών.

5. ΜΜΕ και δυσαρέσκεια με το σώμα

Αν τα ΜΜΕ προβάλλουν τόσο έντονα την εικόνα της ισχνά όμορφης γυναίκας που έχει επιτυχία, λάμψη και γοητεία, τι γίνεται με την τηλεθεάτρια ή την αναγνώστρια που δεν διαθέτει αυτό το ισχνό και γυμνασμένο σώμα που βλέπει να της χαμογελά;

Έχει διαπιστωθεί σε πολλές μελέτες στις οποίες έδειχναν σε γυναίκες υλικό από ΜΜΕ όπου απεικονίζονταν γυναίκες με ποικίλους σωματότυπους και στη συνέχεια κατέγραφαν τις αντιδράσεις τους, σχεδόν καθολικά οι συμμετέχουσες εξέφραζαν ιδιαίτερη δυσαρέσκεια για το σώμα τους όταν είχαν δει αδύνατα μοντέλα. Αντίθετα, όταν παρακολούθησαν εικόνες με γυναίκες που είχαν πιο συνηθισμένο σωματότυπο με φυσιολογικές καμπύλες, αισθάνθηκαν πολύ καλύτερα. Η επίδραση των εικόνων ήταν πολύ ισχυρότερη στις γυναίκες που είχαν ηλικία κάτω των 19 ετών. Ωστόσο, πιθανώς η σχέση των ΜΜΕ με τη δυσαρέσκεια με το σώμα να είναι περισσότερο πολύπλοκη από ό,τι δείχνει η πρώτη ανάγνωση των ερευνών, καθώς αποτελέσματα από άλλες μελέτες δίνουν μια διαφορετική διάσταση στο θέμα. Οι μελέτες αυτές δείχνουν ότι ισχύει και η αντίστροφη σχέση, δηλαδή τα κορίτσια που έχουν συμπτωματολογία ΔΠΤ διαβάζουν με ζήλο περιοδικά μόδας ή επιδιώκουν να παρακολουθούν ανάλογες εκπομπές στην τηλεόραση. Είναι πιθανό τα άτομα που νιώθουν ήδη δυσαρεστημένα με το σώμα τους να αναζητούν τα ΜΜΕ –και ως επί το πλείστον τα «γυναικεία» περιοδικά– «ώστε να πάρουν επιπρόσθετες πληροφορίες για τους τρόπους βελτίωσης της εικόνας τους». Δηλαδή, τα άτομα που έχουν προδιάθεση να εκδηλώσουν ΔΠΤ, ή που νοσούν ήδη, χρησιμοποιούν τα ΜΜΕ ώστε να ενημερωθούν και να αντιγράψουν τρόπους προσέγγισης του λεπτού σώματος που επιδιώκουν να αποκτήσουν. Πολλές γυναίκες που πάσχουν ήδη από ΨΑ, χαρακτηρίζουν τη σχέση τους με τα περιοδικά μόδας ως «σχέση εξάρτησης». Μάλιστα, αναφέρουν ότι έγιναν περισσότερο φανατικές αναγνώστριες μετά την εκδήλωση της ασθένειάς τους.

6. ΜΜΕ και δίαιτα

Οι δίαιτες αδυνατίσματος αναδεικνύονται ως ένα από τα πλέον αγαπημένα θέματα των περιοδικών και των τηλεοπτικών προγραμμάτων που απευθύνονται στις γυναίκες. Έχει παρατηρηθεί ότι οι εμπορικές προωθήσεις που σχετίζονται με δίαιτες στα γυναικεία έντυπα, είναι κατά 10,5 φορές περισσότερες σε σύγκριση με τα ανδρικά έντυπα. Παράλληλα, μελέτη που είχε ως αντικείμενο έρευνας το περιεχόμενο περιοδικών που κυκλοφόρησαν από το 1973 έως το 1991, κατέδειξε την εντυπωσιακή, βαθμιαία αύξηση των διαφημίσεων που αφορούν σε είδη και τρόφιμα αδυνατίσματος.

Το θέμα της εμπορικής εκμετάλλευσης του προβαλλόμενου ισχνού προτύπου από τη βιομηχανία της δίαιτας και των προϊόντων ομορφιάς έχει απασχολήσει αρκετά τους ερευνητές. Ορισμένοι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι η βιομηχανία της ομορφιάς επενδύει στην υπερτονισμένη αξία της εξωτερικής εμφάνισης των γυναικών, καθώς κάτι

τέτοιο ενισχύει μια καταναλωτική κουλτούρα, όπου η απάντηση σε κάθε πρόβλημα μπορεί να δοθεί αγοράζοντας ένα διαφημιζόμενο προϊόν που θα βελτιώσει, υποτίθεται, δραματικά την εμφάνιση του ατόμου. Όπως υποστηρίζει η Αμερικανίδα συγγραφέας και πολιτική αναλύτρια Naomi Wolf, «ο πολιτισμός μας αποδυναμώνει τις γυναίκες, με το να τις κρατά φυλακισμένες σε ένα ανέφικτο πρότυπο ομορφιάς».

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το πρότυπο της αδύνατης γυναίκας που έτυχε προβολής κατά τα τελευταία 50 χρόνια, δεν εξυπηρετεί μόνο τη βιομηχανία της δίαιτας, αλλά και μια δεύτερη βιομηχανία: αυτή που σχετίζεται με τη γυμναστική. Κάθε χρόνο ξοδεύονται απίστευτα μεγάλα χρηματικά ποσά στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ, με αφορμή το «χτίσιμο» ενός λεπτού και καλογυμνασμένου σώματος.

7. Φταίει τελικά η μόδα;

Το πρότυπο της αδύνατης σιλουέτας που προβάλλεται από την τηλεόραση, τα περιοδικά και τις ταινίες, αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα εκδήλωσης συμπτωμάτων ΨΑ σε κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία. Μάλιστα, φαίνεται ότι τα νέα άτομα που καταβάλλουν προσπάθειες να μοιάσουν στα πρότυπα που προβάλλουν τα ΜΜΕ, έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους συνομηλικούς να αναπτύξουν υπερβολική ανησυχία αναφορικά με το βάρος τους, ή να ακολουθήσουν κάποια δίαιτα.

Η αναζήτηση της σχέσης μεταξύ της μόδας και των ΔΠΤ οδηγεί αναπόφευκτα σε δύο ερωτήματα. Το πρώτο ερώτημα είναι: πόσο ισχυρή είναι η επίδραση των προτύπων ομορφιάς στην αιτιοπαθογένεια των ΔΠΤ; Μία μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ σε μεγάλο δείγμα του γενικού πληθυσμού έδειξε ότι η προσδοκία να μοιάζει κανείς στα πρότυπα ομορφιάς που προβάλλονται στα ΜΜΕ αποτελέσαν τον δεύτερο αιτιολογικό παράγοντα διατροφικά διαταραγμένης συμπεριφοράς για τα κορίτσια (ο πρώτος παράγων ήταν το κληρονομικό ιστορικό αντίστοιχης διαταραχής από τη μητέρα). Παράλληλα, το 7% των κοριτσιών και το 2,9% των αγοριών απάντησε ότι «καταβάλλουν προσπάθεια ώστε να μοιάσουν στα άτομα του ίδιου φύλου που βλέπουν στα ΜΜΕ». Ως μέτρο υλοποίησης της συγκεκριμένης προσπάθειας, το 22,4% των κοριτσιών και το 12,1% των αγοριών δήλωσαν ότι ακολουθούν δίαιτα κατά περιόδους, ενώ το 7,1% των κοριτσιών και το 4,1% των αγοριών δήλωσαν ότι ακολουθούν συχνά δίαιτα.

Το δεύτερο ερώτημα είναι: αφού σχεδόν όλοι παρακολουθούμε λίγο ή περισσότερο τα ΜΜΕ, και άρα εκτιθέμεθα στα πολιτισμικά πρότυπα που επηρεάζουν την εκτίμηση της εικόνας που έχουμε για το σώμα μας, γιατί μόνο κάποια συγκεκριμένα άτομα θα εκδηλώσουν συμπτωματολογία ΔΠΤ; Ορισμένοι συγγραφείς εστιάζουν στο γεγονός ότι η αρνητική επίδραση των ΜΜΕ είναι καταλυτική όταν το άτομο που εκτίθεται στα μηνύματα είναι ήδη ευάλωτο, ή «ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου». Τα κορίτσια που εμφάνισαν μεγαλύτερη ευαλωτότητα απέναντι στα αρνητικά μηνύματα των ΜΜΕ, ήταν άτομα στα οποία το περιβάλλον ασκούσε πίεση να γίνουν λεπτότερα, καθώς και άτομα που γενικότερα είχαν ελλιπή στήριξη από τους κοντινούς τους ανθρώπους.

8. Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στη μόδα

Η προβολή των ΔΠΤ και των «ισχνά όμορφων» γυναικών μοντέλων μόδας από τα ΜΜΕ έχει προβληματίσει κατά καιρούς τόσο τους ειδικούς όσο και το κοινό. Ένα παράδειγμα αμφιλεγόμενης εκστρατείας κατά της ΨΑ, που συζητήθηκε έντονα από ηθική και δεοντολογική άποψη, πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία τον Οκτώβριο του 2007. Η φωτογραφία του Ολιβιέρο Τοσκάνι στην οποία απεικονίζεται μια αποστεωμένη γυμνή νέα γυναίκα, στο πλαίσιο καμπάνιας με τίτλο "No Anorexia-No-I-ita", έκανε τον γύρο του κόσμου. Την εκστρατεία μάλιστα χρηματοδότησε μεγάλη ιταλική εταιρεία ρούχων. Το τραγικό είναι ότι η νέα αυτή γυναίκα που εργαζόταν ως μοντέλο μόδας λίγο καιρό μετά τη φωτογράφησή της έχασε τη μάχη με την ΨΑ.

Μία από τις προτάσεις που επαναλαμβάνεται συχνά σε διάφορα επίπεδα συζήτησης για τις ΔΠΤ είναι η απαγόρευση προβολής ισχνών γυναικείων σωμάτων. Η συγκεκριμένη προσέγγιση ακολουθεί τη συλλογιστική που έχει εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση άλλων ιατρικών προβλημάτων όπως το κάπνισμα και η παχυσαρκία. Με στόχο την καταπολέμηση

της ΨΑ, η Γαλλία έγινε η πρώτη χώρα στον κόσμο που θεωρεί ποινικό αδίκημα την υπό οποιασδήποτε μορφής προώθηση και επικρότηση του ακραίου αδυνατίσματος, βάσει πρότασης νόμου που κατέθεσε στη Βουλή στις 10 Απριλίου 2008 η κυβέρνηση Φιγιόν. Το συγκεκριμένο νομοθέτημα τιμωρεί το συγκεκριμένο αδίκημα με ποινές φυλάκισης άνω των τριών χρόνων και επιπλέον πρόστιμο 45.000 ευρώ. Η ποινή φυλάκισης αυξάνεται σε τρία επιπλέον χρόνια εάν κάποιο άτομο πεθάνει.

Η πρωτοβουλία των Γάλλων δεν έχει μέχρι στιγμής βρει μιμητές σε κρατικό επίπεδο εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο επίπεδο όμως της ατομικής πρωτοβουλίας το περιοδικό "Brigitte", που είναι το μεγαλύτερο σε κυκλοφορία γυναικείο περιοδικό της Γερμανίας, έλαβε το 2010 μια πολύ σημαντική απόφαση. Ύστερα από επανειλημμένες επιστολές διαμαρτυρίας των αναγνωστριών του, οι οποίες ανέφεραν πως δεν «άντεχαν να βλέπουν άλλα οστά που προεξέχουν», το περιοδικό ανακοίνωσε επισήμως τον Οκτώβριο του 2009, ότι «από το νέο έτος» (δηλαδή το 2010) «σταματά να δημοσιεύει φωτογραφίες επαγγελματιών μοντέλων». Το "Brigitte" αποτελεί ένα από τα πλέον αγαπημένα περιοδικά μόδας της μέσης Γερμανίδας. Ιδρύθηκε το 1954 και έχει 3,21 εκατομμύρια αναγνώστες. «Δεν πολεμάμε τα μοντέλα, ούτε θα γίνουμε περιοδικό για μεγάλα μεγέθη», ξεκαθάρισε ο εκδότης του "Brigitte" Ανδρέας Λέμπερτ, ο οποίος παραδέχθηκε ότι για χρόνια το περιοδικό χρησιμοποιούσε τεχνικές επεξεργασίας εικόνας για να «παχαίνει ψηφιακά» τις κοπέλες που απεικονίζονταν στις φωτογραφίες του. Στο εξής, στις σελίδες του θα παρουσιάζονται «πραγματικές γυναίκες», αναγνώστριες ή γνωστές προσωπικότητες από τον χώρο της πολιτικής ή του αθλητισμού.

Παράλληλα στον χώρο της μόδας, μετά την κατακραυγή του κοινού και των ειδικών της ψυχικής υγείας για την παρουσίαση μοντέλων με εξαιρετικά χαμηλό βάρος, έγινε μια προσπάθεια να περιοριστεί η προβολή του ανορεκτικού σώματος ως πρότυπο κομψότητας και ομορφιάς. Μάλιστα, μετά από περιστατικά θανάτων λόγω υποσιτισμού κάποιων μοντέλων μόδας, η ισπανική κυβέρνηση πήρε την απόφαση να απαγορευτεί η συμμετοχή σε επιδείξεις μόδας σε μοντέλα που έχουν δείκτη μάζας σώματος μικρότερο του 18. Είναι ενδιαφέρον ότι μέχρι στιγμής καμία άλλη ευρωπαϊκή χώρα δεν έχει προχωρήσει σε παρόμοια απόφαση.

Η Μαριλένα μιλάει για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Είναι γεγονός ότι ζούμε σε μια κοινωνία στην οποία τα ΜΜΕ κατέχουν σημαντική θέση. Συνεχώς μέσα από την τηλεόραση και τα περιοδικά προβάλλονται πρότυπα ομορφιάς που επηρεάζουν τη σκέψη ειδικά εμάς των έφηβων κοριτσιών.

Θέλοντας και εγώ, σαν κορίτσι που λατρεύει τη μόδα και το αδύνατο σώμα, να μοιάσω σε αυτό που έβλεπα να προτιμά ο κόσμος, άρχισα διάφορες δίαιτες για να χάσω τα παραπάνω κιλά που έβλεπα ότι είχα. Όταν έφθασα σε ένα αρκετά επιθυμητό βάρος εγώ ένιωθα παχιά με αποτέλεσμα να σταματήσω τελείως να τρώω.

Ακούγοντας τα λόγια του κόσμου για το αδύνατο σώμα μου, χαιρόμουν και θεωρούσα το φαγητό εχθρό μου. Δεν ήξερα όμως ότι αυτό θα μου προκαλούσε αργότερα τόσα προβλήματα υγείας. Όταν έφθασα να φοράω το μικρότερο νούμερο παντελόνι ένιωθα ότι είχα καταφέρει το ακατόρθωτο και ότι πλέον αν έτρωγα κάτι παραπάνω όλο αυτό θα χανόταν.

Τελικά η αγάπη μου για τη μόδα και η επιμονή για ένα καλύτερο σώμα με οδήγησαν σε αυτή την αρρώστια που σήμερα τα κρούσματά της έχουν αυξηθεί κατακόρυφα. Είναι λογικό όταν βλέπεις ότι τα πάντα περιστρέφονται γύρω από ένα αδύνατο γυναικείο σώμα να θες να το αποκτήσεις και εσύ. Αυτό όμως οδηγεί πολλές φορές σε υπερβολές. Άρα γινόμαστε λίγο πολύ θύματα της βιομηχανίας της μόδας και της διαφήμισης με αποτέλεσμα να καταστρέφουμε τον εαυτό μας και την υγεία μας χωρίς να το καταλαβαίνουμε. Το θέμα είναι να το συνειδητοποιήσει κανείς έγκαιρα πριν να είναι πολύ αργά.

Πάντα μου άρεσε και θα μου αρέσει το αδύνατο σώμα και πάντα θα προσέχω για να το έχω. Ήμουν από τις τυχερές και δεν έφτασα σε πολύ χαμηλά επίπεδα βάρους ώστε να έχω πολλά προβλήματα. Έτσι μπόρεσα να επανέλθω γρήγορα. Το σίγουρο είναι ότι το αδύνατο σώμα πάντα θα αποτελεί ένα κλειδί για πολλές ευκαιρίες και πάντα θα προβάλλεται

από τα ΜΜΕ ως ιδανική κατάσταση. Όταν όμως το μέτρο χάνεται και το αδύνατο γίνεται ισχνό, τότε οι ευκαιρίες χάνονται και το χειρότερο είναι ότι δεν υπάρχει ζωή γιατί την καταστρέφουμε εμείς οι ίδιες.

Μετά από αυτή την περιπέτεια κατάλαβα ότι το να είσαι αδύνατη δεν είναι το παν. Χρειάζονται και άλλα πράγματα, όμως το σίγουρο είναι ότι θέλω να διατηρώ ένα ωραίο και αδύνατο σώμα.

* Μέρος του κεφαλαίου αυτού προέρχεται από το άρθρο των Ά. Περουτσή και Φ. Γονιδάκη με τίτλο: «Διαταραχές πρόσληψης τροφής και μέσα μαζικής επικοινωνίας», στο περιοδικό Ψυχιατρική, Τόμος 22, Τεύχος 3ο, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, 2011:231–239

6

Γιατί είναι τόσο κακό να είμαι αδύνατη;

1. Εισαγωγή

«Αφού μού αρέσω έτσι όπως είμαι τώρα, γιατί πρέπει να πάρω βάρος;» Αυτή η ερώτηση όπως και οι επόμενες ακούγονται ξανά και ξανά όταν συζητάει κανείς με τους πάσχοντες από ΨΑ. «Ποιος είναι αυτός που θα μου πει τι θα κάνω με το σώμα μου; Ποιος ξέρει καλύτερα από εμένα πώς πρέπει να είμαι;». «Όταν όλοι εκθειάζουν τα αδύνατα σώματα γιατί εσείς επιμένετε ότι εγώ πρέπει να εγκαταλείψω το δικό μου; Αφού αισθάνομαι καλά γιατί πρέπει να φάω παραπάνω;».

Όλα αυτά τα ερωτήματα είναι απόλυτα εύλογα και δεν έχουν εύκολες απαντήσεις. Στην ισχνότητα τα όρια μεταξύ παθολογικού και φυσιολογικού είναι δύσκολο να καθοριστούν, ειδικά σε ατομικό επίπεδο. «Από ποιο σωματικό βάρος και κάτω το σώμα μου φθείρεται; Πόσο έντονη είναι και με ποιο ρυθμό επέρχεται αυτή η φθορά; Τι πρέπει να περιμένω να μου συμβεί και πότε;» Οι ειδικοί είναι ιδιαίτερα δύσκολο να κάνουν προβλέψεις και να απαντήσουν με ακρίβεια. Ακόμα και σε ακραίες ιατρικές καταστάσεις δεν γίνεται κανείς με σιγουριά να καθορίσει αν μια κατάσταση είναι αναστρέψιμη ή όχι. Επιπλέον, ένα επιχείρημα που ακούγεται πολλές φορές είναι το παρακάτω: «Γιατί επιμένεις να κάνω θεραπεία; Για κάτι που μπορεί να μου κάνει κακό 10–20 χρόνια μετά; Πόσοι άνθρωποι καπνίζουν; Πόσοι καταναλώνουν αλκοόλ και οδηγούν; Πόσοι τρώνε τροφές που είναι επικίνδυνες για την υγεία; Πόσοι άνθρωποι κάνουν επικίνδυνα αθλήματα; Γιατί σε αυτούς επιτρέπεται να βάζουν τη ζωή τους σε κίνδυνο για κάτι που τους αρέσει και εγώ πρέπει να κάνω θεραπεία επειδή αυτό που θέλω το έχετε ονομάσει ψυχική πάθηση;» Βέβαια θα μπορούσε κανείς να αναστρέψει το ερώτημα και να αναρωτηθεί γιατί είναι τόσο κακό να μην είναι κάποιος τόσο αδύνατος;

2. Τι προκαλεί η ισχνότητα στο σώμα;

Παρακάτω θα αναφερθούν περιληπτικά οι ιατρικές επιπτώσεις του παρατεταμένου υποσιτισμού στο ανθρώπινο σώμα. Να σημειωθεί ότι ο στόχος μιας τέτοιας αναφοράς δεν είναι σε καμία περίπτωση η πρόκληση φόβου για τις επιπλοκές από τη στέρηση της τροφής, αλλά η ενημέρωση, ώστε κανείς να μπορεί να αποφασίσει για το πώς θέλει να διαχειριστεί την κατάσταση που αντιμετωπίζει ο ίδιος ή ο δικός του άνθρωπος. Για να γίνει περισσότερο κατανοητή η αναφορά στις ιατρικές επιπτώσεις του υποσιτισμού, θα γίνει ανά σύστημα οργάνων του ανθρώπινου σώματος.

2.1. Καρδιαγγειακό σύστημα

Οι επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα στην ΨΑ είναι πολλαπλές, ορισμένες μάλιστα από αυτές μπορεί να αποβούν θανατηφόρες. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το ένα τρίτο έως ένα δεύτερο των θανάτων σε ενήλικες που πάσχουν από ΨΑ οφείλεται σε καρδιαγγειακές επιπλοκές. Οι κυριότερες είναι οι ακόλουθες:

Βραδυκαρδία

Η βραδυκαρδία είναι η συχνότερη επιπλοκή από το καρδιαγγειακό σύστημα. Έχει διαπιστωθεί ότι μεγάλο ποσοστό των πασχόντων από ΨΑ έχουν λιγότερες από 60 σφύξεις/min. Μείωση του αριθμού των σφύξεων κάτω από 50/min είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη για την εμφάνιση και άλλων σοβαρότερων αρρυθμιών.

Η βραδυκαρδία είναι πιθανό να εντάσσεται στο πλαίσιο της προσπάθειας του οργανισμού να μειώσει την κατανάλωση ενέργειας του σώματος. Επίσης, έχει συνδεθεί με τη μειωμένη συγκέντρωση στο πλάσμα της θυρεοειδικής ορμόνης T3. Η μείωση της T3 σχετίζεται και αυτή με την προσπάθεια του σώματος να μειώσει την κατανάλωση ενέργειας. Άλλοι μηχανισμοί που έχουν προταθεί για την εξήγηση της βραδυκαρδίας είναι οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η δράση φαρμακευτικών ουσιών, η μείωση του γλυκογόνου των μυοκαρδιακών κυττάρων και η ατροφία του μυοκαρδίου.

Αρρυθμίες

Η κυριότερη αρρυθμία που παρατηρείται σε πάσχοντες από ΨΑ είναι η παράταση του QT διαστήματος στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Οι αλλοιώσεις που ο υποσιτισμός προκαλεί τόσο στις μυϊκές ίνες του μυοκαρδίου όσο και στις ίνες του κολλαγόνου πιθανώς οδηγούν σε αυτήν την αρρυθμία. Η παράταση του QT διαστήματος μπορεί να επιβαρύνεται από την έλλειψη μαγνησίου που συνοδεύει τον υποσιτισμό, την υποκαλιαιμία από την πρόκληση εμέτων και την κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών και τέλος από τη λήψη φαρμακευτικών ουσιών.

Έχει διαπιστωθεί ότι στον υποσιτισμό η παράταση του QT διαστήματος σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για κοιλιακή αρρυθμία (που είναι ιδιαίτερα σοβαρή μορφή αρρυθμίας) και αιφνίδιο θάνατο. Η παράταση του QT διαστήματος σε πάσχοντες από ΨΑ είναι σημαντικά μεγαλύτερη όχι μόνο συγκριτικά με άτομα φυσιολογικού βάρους, αλλά και με άτομα που ήταν λεπτότερα του φυσιολογικού (Δείκτης Μάζας Σώματος μεγαλύτερος του 17,5 και μικρότερος του 20).

Δομικές και λειτουργικές αλλοιώσεις της καρδιάς

Ο υποσιτισμός που συνοδεύει την ΨΑ προκαλεί δομικές και λειτουργικές αλλοιώσεις στον καρδιακό μυ. Οι συχνότερες είναι η μείωση της μάζας του καρδιακού μυός, η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας και σε προχωρημένο στάδιο ο εκφυλισμός των μυϊκών ινών του καρδιακού μυός. Επίσης, η υπολευκωματιναιμία μπορεί να προκαλέσει ασυμπτωματική περικαρδίτιδα.

Τέλος, σε σπάνιες περιπτώσεις η έλλειψη της βιταμίνης B1, καθώς και η έλλειψη σεληνίου μπορούν να προκαλέσουν καρδιακή ανεπάρκεια.

Άλλες επιπλοκές στο καρδιαγγειακό σύστημα

Η υπόταση λόγω της μείωσης του όγκου του αίματος (συνέπεια της αφυδάτωσης που συνοδεύει τον υποσιτισμό) και ιδιαίτερα η ορθοστατική υπόταση είναι ιδιαίτερα συχνές. Η ορθοστατική πίεση ομαλοποιείται μετά από περίπου 3 εβδομάδες επανασίτισης και όταν οι πάσχοντες έχουν φτάσει περίπου στο 80% του βάρους στόχου. Η αποκατάσταση της ορθοστατικής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως αντικειμενικός δείκτης σταθεροποίησης της σωματικής κατάστασης των πασχόντων.

Να σημειωθεί ότι το σύνολο των καρδιαγγειακών επιπλοκών υποχωρούν πλήρως μετά την αποκατάσταση της διατροφής και του βάρους της πάσχουσας.

2.2. Περιφερικό νευρικό σύστημα

Στο περιφερικό νευρικό σύστημα παρατηρούμε κυρίως νευροπάθεια λόγω έλλειψης βιταμίνης B₁₂ ή/και πυριδοξίνης, καθώς και νευροπάθεια από πίεση που υφίστανται τα νεύρα λόγω ατροφίας των μυών και εξαφάνισης του υποδόριου λίπους που τα προφυλάσσει. Οι εκδηλώσεις αυτών των καταστάσεων είναι συνήθως μούδιασμα στα άκρα, «κράμπες» και μείωση της αισθητικότητας.

2.3. Δέρμα

Στο δέρμα εμφανίζονται μια σειρά από αλλοιώσεις που είναι αποτέλεσμα το υποσιτισμού, της πρόκλησης εμέτων, της κατάχρησης καθαρτικών και διουρητικών και τέλος της συννόσησης με άλλες ψυχικές παθήσεις. Οι κυριότερες από τις δερματολογικές επιπλοκές της ΨΑ είναι οι ακόλουθες:

Ξηροδερμία

Είναι πολύ συχνή σε άτομα που υποσιτίζονται και μπορεί να επιδεινώνεται κυρίως στα άνω άκρα αν συνυπάρχει ψυχαναγκαστική συμπτωματολογία που αναγκάζει το άτομο να πλένει τα χέρια του πολλές φορές μέσα στην ημέρα. Αντιμετωπίζεται με ενυδατικές κρέμες και υποχωρεί πλήρως μετά την αποκατάσταση της διατροφής.

Υπερτρίχωση (lanugo)

Σε πάσχοντες από ΨΑ εμφανίζονται συχνά, σε σημεία που φυσιολογικά το δέρμα είναι άτριχο (πλάτη, κοιλιά και αντιβράχια), λεπτές, κοντές, ξανθές τρίχες. Η υπερτρίχωση εξαφανίζεται όταν αποκαθίσταται η διατροφή. Είναι ενδιαφέρον ότι η επιπλοκή αυτή δεν εμφανίζεται αν ο υποσιτισμός οφείλεται σε άλλη πάθηση, πλην της ΨΑ.

Υπερκαροτιναιμία

Προκαλείται από τη μείωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού που οδηγεί σε επιβραδυμένη διάσπαση της καροτένης στο ήπαρ καθώς και από την υπέρμετρη κατανάλωση τροφών με χαμηλή θερμιδική αξία και υψηλή περιεκτικότητα σε καροτένη όπως είναι το καρότο, το σπανάκι και το κολοκύθι. Το δέρμα αποκτά κίτρινη χρώση λόγω εναπόθεσης καροτένης και διαφοροποιείται από τον ίκτερο επειδή δεν παρατηρείται αλλαγή στο χρώμα του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού. Η υπερκαροτιναιμία υποχωρεί με την αποκατάσταση της διατροφής και την αύξηση του μεταβολικού ρυθμού.

Επιπλοκές που οφείλονται σε πρόκληση εμέτων

Οι επιπλοκές αυτές θα αναφερθούν εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο.

Άλλες δερματολογικές επιπλοκές

Σε πάσχοντες από ΨΑ παρατηρούμε επίσης ξηρότητα και λέπτυνση των τριχών της κεφαλής, τριχόπτωση, περιφερικό οίδημα (λόγω κατακράτησης υγρών από υπολευκωματιναιμία) με εντόπιση κυρίως στα σφυρά, ακροκυάνωση, δυστροφία των ονύχων (λόγω έλλειψης βιταμίνης B₁₂, φερριτίνης, φολικού οξέος, ψευδαργύρου, ασβεστίου, μαγνησίου και φωσφόρου), κοιλονυχία (λόγω έλλειψης σιδήρου), γωνιακή χειλίτιδα (λόγω έλλειψης ριβοφλαβίνης), πελλάγρα (λόγω έλλειψης βιταμίνης B₃), σκορβούτο (λόγω έλλειψης βιταμίνης C), εντεροπαθητική ακροδερματίτιδα (λόγω έλλειψης ψευδαργύρου), κνησμός του πρωκτού, πορφύρα (λόγω θρομβοπενίας) και τέλος ακμή που εμφανίζεται σπανίως κατά την επανασίτιση.

2.4. Αναπνευστικό σύστημα

Το αναπνευστικό σύστημα δεν επηρεάζεται ιδιαίτερα στην ΨΑ. Το συχνότερο σύμπτωμα που αναφέρουν οι πάσχοντες είναι αδυναμία στην αναπνοή και μειωμένη αντοχή σε σωματική κόπωση που οφείλεται συνήθως σε εξασθένηση των αναπνευστικών μυών και του διαφράγματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ενοχλήσεις από το αναπνευστικό σύστημα υποχωρούν όταν αποκατασταθεί η διατροφή του πάσχοντος.

2.5. Πεπτικό σύστημα και στοματική κοιλότητα

Τα ενοχλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα είναι ιδιαίτερα συχνά σε πάσχοντες από ΨΑ. Το πεπτικό σύστημα επηρεάζεται κυρίως σε άτομα που πάσχουν από τον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο της ΨΑ. Οι συχνότερες επιπλοκές από το πεπτικό σύστημα που οφείλονται στην πρόκληση εμέτων θα αναφερθούν αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

Στόμαχος

Αίσθημα φουσκώματος και πληρότητας ακόμα και αρκετές ώρες μετά το τελευταίο γεύμα, ναυτία, ερυγές, επιγαστρική δυσφορία ή ακόμα και επιγαστραλγία (πόνος στο στομάχι) είναι μερικά από τα συμπτώματα που αναφέρουν συχνά πάσχοντες από ΨΑ. Μέχρι και σήμερα, οι ειδικοί είναι διχασμένοι αν αυτά τα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα διαταραχών στη λειτουργία της πέψης ή αν πρόκειται για υποκειμενικά ενοχλήματα των πασχόντων που σχετίζονται με την ιδιαίτερη σημασία που το άτομο αποδίδει στην κατανάλωση τροφής. Τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να επιμένουν ακόμα και μετά την αποκατάσταση της διατροφής και της κινητικότητας του στομάχου.

Τόσο στον περιοριστικό όσο και στον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο της ΨΑ η κένωση του στομάχου απαιτεί περισσότερο χρόνο από ό,τι συνήθως. Η καθυστέρηση στην κένωση του στομάχου είναι πιθανό να αφορά περισσότερο στις στερεές παρά στις υγρές τροφές. Η γαστρική

κένωση βελτιώνεται σταδιακά με τη μακροχρόνια αποκατάσταση της ΨΑ περιοριστικού τύπου. Παρόμοια βελτίωση δεν παρατηρείται σε άτομα που έχουν αποκατασταθεί από τον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο της ΨΑ.

Στο 1/6 περίπου των πασχόντων από ΨΑ θα εμφανιστεί έλκος του στομάχου. Επίσης, σε σπάνιες περιπτώσεις έχει περιγραφεί οξεία γαστρική διάταση μετά από υπερφαγικό επεισόδιο, επιπλοκή που είναι ιδιαίτερα σοβαρή και χρειάζεται άμεση ιατρική αντιμετώπιση.

Παχύ και λεπτό έντερο

Στην ΨΑ ο περισταλτισμός (η κινητικότητα) του εντέρου είναι μειωμένος, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται αίσθημα διάτασης της κοιλιακής χώρας, αύξηση των εντερικών ήχων, επίμονη δυσκοιλιότητα ή ακόμα και παράδοξη διάρροια από υπερπλήρωση του εντέρου. Η φυσιολογική περισταλτική ικανότητα του εντέρου μπορεί να χαθεί σε πάσχοντες που κάνουν χρόνια κατάχρηση καθαρτικών σκευασμάτων και ιδιαίτερα αυτών που λειτουργούν μέσω ερεθισμού του εντέρου. Οι ασθενείς αυτοί διατρέχουν τον κίνδυνο να εμφανιστεί συμπτωματολογία παραλυτικού ειλεού αν γίνει απότομη διακοπή της λήψης των καθαρτικών.

Στοματική κοιλότητα

Σε πάσχοντες από ΨΑ περιοριστικού τύπου έχει παρατηρηθεί μειωμένη έκκριση σιέλου, ξηροστομία, ατροφικός βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας, καθώς και αιμορραγία των ούλων από έλλειψη βιταμίνης C.

2.6. Ενδοκρινικό σύστημα

Οι κυριότερες επιπλοκές που εμφανίζονται στην ΨΑ ως συνέπεια διαταραχών των ενδοκρινών αδένων είναι:

Αμηνόρροια

Η αμηνόρροια (πλήρης διακοπή της εμμήνου ρύσεως) στην ΨΑ είναι αποτέλεσμα κυρίως της ανεπαρκούς έκκρισης των γοναδοτροπινών, λόγω της υποθάλαμο/υποφυσιακής δυσλειτουργίας που προκαλεί ο υποσιτισμός και λιγότερο λόγω της μειωμένης μετατροπής των ορμονών που κανονικά γίνεται στον λιπώδη ιστό ο οποίος εδώ απουσιάζει. Η μείωση της συγκέντρωσης των γοναδοτροπινών στο αίμα προκαλεί δευτερογενώς διαταραχές στην έκκριση των ωοθηκικών ορμονών και διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Είναι ενδιαφέρον ότι σε ορισμένες γυναίκες, ιδίως αν η απώλεια του βάρους έγινε με πολύ αργό ρυθμό, ο κύκλος δεν διακόπτεται παρά τη μείωση του βάρους. Η παραπάνω παρατήρηση έχει οδηγήσει στη διατύπωση της υπόθεσης ότι εκτός από τη μείωση των γοναδοτροπινών υπάρχουν και άλλες ενδοκρινικές δυσλειτουργίες που συμμετέχουν στην εμφάνιση της αμηνόρροιας.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι μετά την αποκατάσταση του βάρους η έμμηνος ρύση σε ορισμένες γυναίκες επανέρχεται άμεσα, ενώ σε άλλες μπορεί να χρειαστούν έως και 6 μήνες για να αποκατασταθεί ο κύκλος.

Υπογλυκαιμία

Η υπογλυκαιμία στην ΨΑ είναι συνέπεια της μειωμένης πρόσληψης τροφής και ιδιαίτερα υδατανθράκων. Συνήθως είναι ήπια ή και ασυμπτωματική. Σε ορισμένες περιπτώσεις η υπογλυκαιμία μπορεί να είναι σοβαρή και να απειληθεί η ζωή του ατόμου καθώς μπορεί να οδηγήσει σε υπογλυκαιμικό κόμα. Υπογλυκαιμία παρατηρείται επίσης και στη φάση της θεραπευτικής επανασίτισης.

Θυρεοειδής αδένας

Στην ΨΑ, οι θυρεοειδικές ορμόνες T_3 και T_4 είναι μειωμένες και η ορμόνη της υπόφυσης TSH αυξημένη μεν, αλλά εντός των φυσιολογικών ορίων. Το παραπάνω εύρημα αντανάκλα την προσπάθεια του οργανισμού να μειώσει τον μεταβολισμό για να συντηρήσει τα ζωτικά όργανα του σώματος που υποσιτίζεται. Δεν είναι παθολογικός υποθυρεοειδισμός και συνεπώς δεν πρέπει να γίνεται προσπάθεια να διορθωθεί. Η θυρεοειδική λειτουργία επανέρχεται στο φυσιολογικό με την άρση του υποσιτισμού.

2.7. Μυοσκελετικό σύστημα

Οστά

Η κυριότερη επιπλοκή που εμφανίζεται στα οστά είναι η οστεοπενία και η οστεοπόρωση. Οστεοπόρωση παρουσιάζεται στο 38–50% των πασχόντων από ΨΑ. Ο χρόνιος υποσιτισμός, η κατάχρηση διουρητικών και η διαταραγμένη οξεοβασική ισορροπία είναι οι κυριότερες αιτίες

που προκαλούν αρχικά οστεοπενία και στη συνέχεια οστεοπόρωση σε πάσχοντες από ΨΑ. Μάλιστα έχει διαπιστωθεί ότι ακόμα και σε έφηβες που κάνουν συστηματικά δίαιτα αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΨΑ, παρουσιάζεται σημαντικό βαθμού οστεοπενία.

Αν η πάσχουσα βρίσκεται στην εφηβεία, τότε πλην της οστεοπόρωσης μπορεί επίσης να ανασταλεί και η ανάπτυξη κατά ύψος. Στους ενήλικες, είναι συχνά τα αυτόματα κατάγματα λόγω του στρες που υφίστανται τα οστεοπορωμένα οστά. Ο κίνδυνος για κατάγματα είναι σχεδόν τριπλάσιος έως επταπλάσιος του φυσιολογικού για την ηλικία των ασθενών. Το στρες στα οστά αυξάνεται περαιτέρω και από την ατροφία των μυών που έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερο μέρος του φορτίου στήριξης του ανθρώπινου σώματος να μεταβιβάζεται στα οστά. Σε αρχικά στάδια τα αυτόματα κατάγματα εντοπίζονται κυρίως στα κάτω άκρα και στην πύελο, ενώ σε προχωρημένη οστεοπόρωση εμφανίζονται και κατάγματα των σπονδύλων με αποτέλεσμα μείωση του ύψους, κύφωση και χρόνια οσφυϊκό άλγος.

Η οστεοπόρωση φαίνεται να αποκαθίσταται σε έφηβες ασθενείς μέσα σε διάστημα 5 ετών μετά την άρση του υποσιτισμού και την επανεμφάνιση της εμμήνου ρύσεως. Η αύξηση της οστικής μάζας στη σπονδυλική στήλη σχετίζεται με την επανεμφάνιση της εμμήνου ρύσεως, ενώ η αύξηση της οστικής πυκνότητας στο ισχίο σχετίζεται με την αύξηση του βάρους και ιδιαίτερα του μη λιπώδους ιστού. Υπάρχουν όμως μελέτες που αναφέρουν ότι σε σημαντικό αριθμό ατόμων που έχουν αναρρώσει από την ΨΑ η οστεοπενία παραμένει.

Οι παραδοσιακές θεραπείες για την οστεοπόρωση δεν είναι σίγουρο ότι μπορεί να έχουν κάποια αποτελεσματικότητα, αν δεν συνοδεύονται από αύξηση του βάρους και αποκατάσταση της εμμήνου ρύσεως. Ούτε όμως και η αύξηση του βάρους από μόνη της είναι ικανή συνθήκη για την αποκατάσταση της οστεοπόρωσης αν δεν συνοδεύεται από την κατάλληλη θεραπεία. Η χορήγηση αντισυλληπτικών ορμονών για την πρόκληση έμμηνης ρύσης αμφισβητείται κατά πόσο μπορεί να προάγει την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης ή να δράσει προληπτικά στην οστεοπενία. Σε κορίτσια μάλιστα που βρίσκονται στα πρώτα έτη της εφηβείας και πάσχουν από ΨΑ μπορεί να αναστείλει περαιτέρω την αύξηση του ύψους.

Στις αρθρώσεις δεν παρατηρούνται αλλοιώσεις παρά μόνο αυτές που προέρχονται από καταπόνηση λόγω υπερβολικής άθλησης.

Μυς

Παρατηρείται μυοπάθεια λόγω έλλειψης μαγνησίου, ασβεστίου, καλίου και φωσφόρου, καθώς και ατροφία των μυών που είναι ανάλογη του βαθμού και της διάρκειας του υποσιτισμού.

2.8. Αιμοποιητικό και ανοσολογικό σύστημα

Στο αιμοποιητικό και ανοσολογικό σύστημα παρατηρούνται πολύ συχνά μια σειρά από μεταβολές οι οποίες στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν θέτουν σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή του πάσχοντος και αναστρέφονται με την αποκατάσταση της διατροφής και του βάρους.

Αιμοσφαιρίνη

Στην ΨΑ παρατηρείται συχνά αναιμία που οφείλεται κυρίως στην έλλειψη σιδήρου, βιταμίνης B12, φυλλικού οξέος και σπανιότερα χαλκού. Η αναιμία ανατάσσεται με τη βελτίωση της διατροφής και τη χορήγηση κατάλληλων σκευασμάτων σιδήρου, φυλλικού οξέος και βιταμίνης B12. Σπανιότερα, η αναιμία μπορεί να οφείλεται σε καταστολή του μυελού των οστών (συνηθέστερα λόγω λήψης φαρμακευτικών σκευασμάτων) και τότε μπορεί να είναι απειλητική για τη ζωή του ασθενούς.

Αιμοπετάλια

Τα αιμοπετάλια είναι συνήθως σε φυσιολογικά επίπεδα. Μπορεί να μειωθούν λόγω σημαντικής έλλειψης βιταμίνης B12 φυλλικού οξέος, χαλκού ή λόγω τοξικής επίδρασης φαρμακευτικών σκευασμάτων ή αλκοόλ.

Μηχανισμός πήξης του αίματος

Στην ΨΑ δεν φαίνεται να επηρεάζεται ο μηχανισμός πήξης του αίματος, ούτε έχει βρεθεί επίδραση της πάθησης στη σύνθεση βιταμίνης K και των παραγόντων πήξης του αίματος που εξαρτώνται από αυτήν.

Ανοσοποιητικό σύστημα

Από τα λευκά αιμοσφαίρια, τα ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρρηνα μειώνονται σε αριθμό, χωρίς όμως συνήθως να φτάνουν σε επίπεδο που θα έθετε τον οργανισμό σε κίνδυνο για λοιμώξεις εκτός από σπάνιες περιπτώσεις όπου παρατηρείται καταστολή του μυελού των οστών. Ο

αριθμός των λεμφοκυττάρων και των ηωσινόφιλων παραμένει συνήθως εντός των φυσιολογικών ορίων, όπως και η παραγωγή και η συγκέντρωση των ανοσοσφαιρινών. Οι εξαιρέσεις που παρατηρούνται αφορούν σε περιπτώσεις με εντονότατη στέρηση στην πρόσληψη λευκωμάτων. Η μείωση του αριθμού των ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων οφείλεται στην έλλειψη βιταμίνης B₁₂ και φυλλικού οξέος, ενώ η έλλειψη μαγνησίου και ψευδαργύρου μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία των λευκοκυττάρων.

Το ανοσοποιητικό σύστημα σε πάσχοντες από ΨΑ παρουσιάζει μια σειρά από μεταβολές όπως είναι η μειωμένη απαντητικότητα σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Παρά τις παραπάνω μεταβολές, οι πάσχοντες από ΨΑ συνήθως δεν διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για λοιμώξεις.

2.9. Ουροποιητικό σύστημα

Οι συνηθέστερες επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα οφείλονται στη μειωμένη πρόσληψη ύδατος και στη μειωμένη νεφρική ικανότητα συμύκνωσης των ούρων. Στην ΨΑ παρατηρούμε συχνουρία με συνοδό νυκτουρία, μειωμένο όγκο των ούρων και σπανιότερα σχηματισμό νεφρολίων. Το τελευταίο ευοδώνεται και από τα κετονικά σώματα που παράγονται από τον καταβολισμό του λιπώδους ιστού λόγω του υποσιτισμού. Η πολουρία και η μειωμένη νεφρική ικανότητα συμύκνωσης των ούρων επιδεινώνεται περαιτέρω όταν σε σπάνιες περιπτώσεις η ΨΑ συνοδεύεται από ψυχογενή πολυδιψία.

Ιδιαίτερα επιβαρυντική για τη λειτουργία των νεφρών είναι η κατάχρηση διουρητικών και καθαρτικών. Έχει βρεθεί ότι σε πάσχουσες από ΨΑ η πιθανότητα να εμφανιστεί νεφρική ανεπάρκεια σχετίζεται αφενός με την κατάχρηση διουρητικών-καθαρτικών και αφετέρου με τη διάρκεια και τη χρονιότητα της διαταραχής. Να σημειωθεί ότι όταν διακόπτεται απότομα η χρήση των διουρητικών και των καθαρτικών, προκαλείται κατακράτηση υγρών και οιδήματα που τρομοκρατούν το άτομο, λόγω της αύξησης του όγκου του σώματος, με αποτέλεσμα να ξεκινά ξανά τη χρήση των διουρητικών και των καθαρτικών, οδηγώντας έτσι την πάσχουσα σε έναν αέναο φαύλο κύκλο.

3. Τι προκαλεί η ισχύτητα στον νου;

Όπως και το υπόλοιπο σώμα έτσι και ο εγκέφαλος επηρεάζεται σημαντικά από τον υποσιτισμό. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι και τα εγκεφαλικά κύτταρα χρειάζονται απαραίτητα γλυκόζη για να λειτουργήσουν. Οι επιπτώσεις της στέρησης τροφής στις νοητικές λειτουργίες του ατόμου είναι τόσο έντονες που δημιουργούν ισχυρά εμπόδια στην προσπάθεια του ατόμου να διατηρήσει την προσωπική, ερωτική, κοινωνική και επαγγελματική του λειτουργικότητα.

Σε αρκετούς πάσχοντες από ΨΑ, η απεικόνιση του εγκεφάλου με αξονική ή μαγνητική τομογραφία δείχνει ατροφία των ελίκων και διεύρυνση των κοιλιών.

Ατροφία έχει παρατηρηθεί και στην περιοχή της υπόφυσης, ενώ υπάρχουν αναφορές περιστατικών με ατροφία σε άλλες εγκεφαλικές περιοχές όπως η παρεγκεφαλίδα. Στις περισσότερες των περιπτώσεων, η ατροφία υποχωρεί με την επανασίτιση του πάσχοντος.

Ο υποσιτισμός προκαλεί δυσκολίες στην προσοχή και τη συγκέντρωση, διαταραχή στον ύπνο, υπερκινητικότητα και ευερεθιστότητα. Σε προχωρημένα στάδια του υποσιτισμού η έλλειψη θερμίδων, μαγνησίου, ασβεστίου, φωσφόρου, θειαμίνης και βιταμίνης B12 μπορεί να προκαλέσει εικόνα οργανικού ψυχοσυνδρόμου (δηλαδή σύγχυση και διέγερση). Έχουν επίσης αναφερθεί επιληπτικές κρίσεις, μεταβολές του επιπέδου συνείδησης ή απώλεια της συνείδησης και τέλος ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια από έμφρακτο, λόγω δυσλειτουργίας της μιτροειδούς βαλβίδας της καρδιάς.

4. Πώς χάνω τον εαυτό μου μέσα στην ισχύτητα;

Τι προκαλεί όμως ο υποσιτισμός στον νου και γιατί χρειάζεται να μην είναι κανείς τόσο ισχνός;

Οι μετρήσιμες επιπτώσεις είναι κυρίως οι δυσκολίες στη συγκέντρωση, η αϋπνία, η ανησυχία και η ευερεθιστότητα. Στην πραγματικότητα αυτές οι επιπτώσεις δεν είναι παρά τέσσερις λέξεις σε μία σελίδα ενός βιβλίου. Στην αληθινή ζωή, αυτό που παρατηρεί κανείς είναι η σταδιακή εξαφάνιση της προσωπικότητας του ατόμου κάτω από το βάρος των χαμηλών κιλών του σώματος.

Τα ενδιαφέροντα που υπήρχαν πριν, εγκαταλείπονται και η προσοχή στρέφεται σε δύο μόνο σημεία: την εικόνα του σώματος και την πρόσληψη τροφής. Ακόμα και ασχολίες που έχουν σχέση με το σώμα όπως ο αθλητισμός και ο χορός προοδευτικά σταματούν να ενδιαφέρουν και να ικανοποιούν ουσιαστικά το άτομο και γίνονται ένα μέρος της ανορεκτικής προσπάθειας. Σαν μια φωτιά που σταδιακά απανθρακώνει κάθε υλικό που συναντά στον δρόμο της, η ανορεξία εξαφανίζει μέσα στην ισχύτητα κάθε τι που κάποτε προσέφερε ευχαρίστηση στο άτομο.

Το σημαντικότερο ίσως όλων των επιπτώσεων είναι η σταδιακή εξαφάνιση της ικανότητας του ατόμου να αισθάνεται. Αν και αρχικά η ανορεξία μειώνει το άγχος του ατόμου, κάτι που βιώνεται θετικά, σταδιακά και χωρίς το άτομο πολλές φορές να το καταλαβαίνει, βυθίζεται σε μια πραγματικότητα χωρίς συναισθήματα. Εργάζεται ή σπουδάζει χωρίς να απολαμβάνει τα επιτεύγματά του. Συναντά τους φίλους του χωρίς να χαιρείται τη συντροφιά τους. Δημιουργεί ερωτικές σχέσεις χωρίς να έχει ερωτική επιθυμία και να μπορεί να νιώσει βαθιά αγάπη. Ταξιδεύει στις διακοπές του χωρίς να μπορεί να μαγευτεί από την ομορφιά του τόπου που επισκέπτεται. Πολλές φορές είναι σαν ο υποσιτισμός εκτός από το μυϊκό σύστημα να έχει απορροφήσει και την ίδια την ουσία της ύπαρξης του ατόμου.

Σχεδόν όλα τα άτομα που κατορθώνουν να ξεφύγουν από τη λατρεία της ισχύτητας και επιτρέπουν στον εαυτό τους να αποκαταστήσει τη διατροφή και το βάρος τους, περιγράφουν ένα είδος «αφύπνισης» του νου. Ξαφνικά μπορούν να βιώσουν ξανά συναισθήματα που είχαν ξεχάσει. Χαρά, αγάπη, θλίψη, θυμός, ντροπή, ευτυχία, φόβος, άγχος, έρχονται να γεμίσουν τη ζωή τους. Και μαζί με αυτά επιστρέφουν οι ανθρώπινες σχέσεις, οι δραστηριότητες, η προσπάθεια για μια περισσότερο πλήρη και ουσιαστική καθημερινότητα.

Είναι ενδιαφέρον ότι η περιγραφή τόσο πολύ διαφορετικών ανθρώπων για το πώς νιώθουν τις αλλαγές κατά τη διάρκεια της επανασίτισης συγκλίνει σε μια τόσο όμοια διαπίστωση: «Η ζωή μου έχει αποκτήσει χρώμα ξανά».

Ό,τι και αν αυτό σημαίνει για τον καθένα μας...

Η Εριφύλη μιλάει για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Είμαι 50 ετών, μένω σε μια πόλη της Ελλάδας και πάσχω από ψυχογενή ανορεξία. Είναι μια ασθένεια δύσκολη που κανείς δεν μπορεί να σε καταλάβει. Όλοι νομίζουν ότι δεν θέλεις ή δεν προσπαθείς. Έχω τα περισσότερα συμπτώματα που αναφέρονται πιο πάνω. Τώρα κάνω μια προσπάθεια να παλέψω την ασθένεια αλλά είναι πολύ δύσκολο. Πρέπει κανείς να αντιμετωπίσει πολλά: τον φόβο του ότι αν φας θα παχύνεις. Και αυτό γιατί δεν θεωρώ τον εαυτό μου αδύνατο παρά το γεγονός ότι δεν βρίσκω ρούχα στο μέγεθός μου. Όταν είναι η ώρα για φαγητό όλα αλλάζουν μέσα μου. Την πίεση από τους δικούς μου και ιδιαίτερα από το παιδί μου που είναι στην εφηβεία και νομίζει ότι θέλω να πεθάνω. Με πιέζει πολύ και αυτό φέρνει αντίθετα αποτελέσματα. Δεν μπορεί να καταλάβει ότι πάσχω από μια ασθένεια, νομίζει ότι απλά δεν θέλω να φάω.

Τον κόσμο που σου λέει: «πώς έγινες έτσι;» Παλαιότερα είχα σταματήσει μέχρι και να βγαίνω έξω. Τώρα εγώ νιώθω μια χαρά και δεν με νοιάζει πια τι θα πουν. Τον τελευταίο καιρό έχω κόψει σχεδόν τελείως του εμετούς που γίνονται πολύ σπάνια. Ελπίζω να τα καταφέρω αν και ο φόβος υπάρχει ακόμα. Εύχομαι σε όλους που πάσχουν από αυτή την ασθένεια να κατορθώσουν να γίνουν καλά.

7

Γιατί είναι τόσο κακό να τρώω πολύ και να προκαλώ εμέτους;

1. Εισαγωγή

Οι κοινωνικές συνθήκες στις οποίες ζούμε και μεγαλώνουμε τα τελευταία 60 έτη εκπέμπουν ένα διπλό μήνυμα. Από τη μια η τροφή δεν είναι πια μόνο ένα μέσο για την επιβίωση. Είναι διασκέδαση, μέσο κοινωνικής καταξίωσης, προσωπική κατάκτηση και απόλαυση. Βγαίνουμε έξω με τους φίλους μας και αναζητούμε τη γεύση αυτή που θα μας ευχαριστήσει, επιλέγουμε μοδάτα και πολλές φορές ακριβά εστιατόρια ως τρόπο κοινωνικής καταξίωσης και τέλος μετά από μια σκληρή μέρα εργασίας και στερήσεων θεωρούμε ότι έχουμε το δικαίωμα να απολαύσουμε κάποια γευστική τροφή. Από την άλλη πλευρά, κάποιος χρειάζεται να στερηθεί την τροφή προκειμένου να είναι λεπτός και άρα επιτυχημένος και ελκυστικός.

Το διπλό αυτό μήνυμα αποτυπώνεται με τον καλύτερο τρόπο στις διαφημίσεις τροφών με υψηλή θερμιδική αξία. Για παράδειγμα, μια οικογένεια χωρίς κανένα μέλος της να είναι παχύσαρκο περιλαμβάνει στο πρωινό της μία φέτα ψωμί με μια γερή επίστρωση από γνωστή μάρκα βουτύρου. Επίσης, μια καλλίγραμμη σταρ του κινηματογράφου και της τηλεόρασης διαφημίζει εταιρεία εστιατορίων πίτσας. Αν θέλετε να μοιάσετε σε αυτή την ιδανική, αρμονική και χαρούμενη οικογένεια πρέπει να τρώτε αυτό το βούτυρο. Αν θέλετε να κάνετε κάτι που κάνει και το χοληγουντιανό είδωλό σας προτιμήστε αυτή την πίτσα. Πώς θα τα καταφέρετε όμως να μείνετε ταυτόχρονα λεπτοί;

Σε ατομικό επίπεδο το άτομο αναζητάει πολλές φορές έναν στόχο που εμπεριέχει την εξής αντίφαση: «Θέλω να τρώω πολύ και να απολαμβάνω τη γευστική ηδονή που μπορεί να μου προσφέρει η τροφή και την ίδια στιγμή να είμαι λεπτός και καλλίγραμμος». Στις ΔΠΤ, η λύση που έχουν βρει οι πάσχοντες είναι να καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής και μετά να αδειάζουν το στομάχι τους προκαλώντας έμετο. Με αυτόν τον τρόπο πιστεύουν ότι μπορούν ταυτόχρονα και να τρώνε όση τροφή θέλουν, αλλά και να αποφύγουν την αύξηση του βάρους. Επιφανειακά θα μπορούσε κανείς να πει ότι αυτό είναι μια καλή λύση. Είναι όμως έτσι;

2. Τι προκαλούν οι έμετοι στο σώμα;

Οι συχνότερες ιατρικές επιπλοκές από την πρόκληση εμέτων είναι οι παρακάτω:

2.1. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές

Οι ηλεκτρολύτες είναι τμήματα των αλάτων αυτών που αποτελούν βασικό συστατικό των ενδοκυττάρων και εξωκυττάρων υγρών.

Η ηλεκτρολυτική ισορροπία είναι απαραίτητη για την καλή λειτουργία των οργάνων του σώματος. Οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών οφείλονται στη σημαντική απώλειά τους όταν προκαλούνται συχνοί έμετοι. Ένα μεγάλο μέρος των επιπλοκών από όλα τα συστήματα του ανθρώπινου σώματος που θα αναφερθούν παρακάτω προέρχεται από αυτήν ακριβώς την ανισορροπία στον οργανισμό. Η συχνότερη ηλεκτρολυτική διαταραχή είναι η υποκαλιαιμία. Οι

υπόλοιπες διαταραχές είναι η υποογκαιμία λόγω απώλειας νατρίου, η υποχλωραιμική αλκάλωση, η υπομαγνησισαιμία και σπανιότερα η υποφωσφαταιμία.

2.2. Καρδιολογικές επιπλοκές

Η υποκαλιαιμία προκαλεί αρρυθμία (πρόταση του διαστήματος QT) και αν είναι σοβαρή, αιφνίδιο θάνατο λόγω ανακοπής. Σπανιότερα παρατηρείται καρδιομυοπάθεια από την κατάχρηση ιππεκακουάνας για την πρόκληση εμέτου. Η ιππεκακουάνα είναι φαρμακευτικό σκεύασμα για την πρόκληση εμέτου που σε ορισμένες περιπτώσεις οι πάσχουσες λαμβάνουν καθημερινά σε αυξημένες ποσότητες (χωρίς ιατρική συνταγή).

2.3. Σιελογόνοι αδένες

Σε πάσχοντες από ΔΠΤ που προκαλούν εμέτους παρατηρείται αμφοτερόπλευρη διόγκωση όλων των σιελογόνων αδένων και ιδιαίτερα των παρωτίδων. Η διόγκωση υποχωρεί σταδιακά μετά τη διακοπή των εμέτων, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστούν αρκετοί μήνες για να αποκατασταθούν πλήρως οι αδένες στο φυσιολογικό τους μέγεθος.

Εργαστηριακά παρατηρείται αύξηση στον ορό του ισοενζύμου της αμυλάσης που εκκρίνεται από τους σιελογόνους αδένες.

2.4. Οισοφάγος και στόμαχος

Ο οισοφάγος επηρεάζεται σημαντικά σε πάσχοντες που προκαλούν εμέτους. Διαταραχές στον περισταλτισμό του, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, οισοφαγίτιδα, ελάττωση του τόνου του σφιγκτήρα του κάτω οισοφαγικού στομίου και αιμορραγία είναι οι συχνότερες επιπλοκές των συχνών προκλητών εμέτων. Επίσης, η μακροχρόνια πρόκληση εμέτων οδηγεί σε αντικατάσταση του ενδοθηλίου του οισοφάγου από γαστρικό ενδοθήλιο (οισοφάγος του Barrett), που αποτελεί προκαρκινική κατάσταση και απαιτεί τακτικό ενδοσκοπικό έλεγχο. Τέλος σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να προκληθεί αιφνίδια ρήξη του οισοφάγου που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου και χρειάζεται άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

Ορισμένες από τις ιατρικές επιπλοκές των ΔΠΤ που παρατηρούνται στον στόμαχο έχουν ήδη αναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο. Εδώ χρειάζεται να τονιστεί ότι η συχνότερη επιπλοκή είναι η γαστρίτιδα. Λιγότερο συχνή επιπλοκή είναι η εμφάνιση γαστρορραγίας, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις έχει περιγραφεί οξεία γαστρική διάταση μετά από υπερφαγικό επεισόδιο, επιπλοκή που είναι ιδιαίτερα σοβαρή.

2.5. Έντερο

Στο έντερο παρατηρούμε κυρίως δυσκοιλιότητα έως και απώλεια του εντερικού περισταλτισμού λόγω της αφυδάτωσης, της υποκαλιαιμίας και κυρίως λόγω της χρόνιας κατάχρησης καθαρτικών.

2.6. Πνεύμονες

Σε ασθενείς που προκαλούν εμέτους μπορεί να παρατηρηθεί πνευμονία από εισρόφηση.

2.7. Μυς

Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές μπορεί να προκαλέσουν μυοπάθεια των σκελετικών μυών που το άτομο αντιλαμβάνεται κυρίως ως μυϊκή αδυναμία. Η μυοπάθεια συνοδεύεται από αύξηση της κρεατινίνης του ορού.

2.8. Νεφροί

Η αύξηση της κρεατινίνης λόγω της χρόνιας υποκαλιαιμίας μπορεί να οδηγήσει σε νεφροπάθεια ή ακόμα και σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

2.9. Δέρμα

Λόγω της χρήσης των δακτύλων για την πρόκληση εμέτου παρατηρούμε αλλοιώσεις του δέρματος και ειδικότερα ουλές στη ράχη της άκρας χειρός. Οι αλλοιώσεις αυτές έχουν ονομαστεί σημείο του Russell.

2.10. Γυναικολογικές

Έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες που προκαλούν συχνά εμέτους έχουν αυξημένη πιθανότητα, αν μείνουν έγκυες, να παρουσιάσουν στο πρώτο τρίμηνο της κύησης υπερέμεση κύησης. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθούν διαταραχές στην έμμηνο ρύση ακόμα και αν το σωματικό βάρος είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια.

2.11. Οδοντιατρικές επιπλοκές

Λόγω των συνεχών εμέτων τα δόντια έρχονται σε συχνή επαφή με το όξινο περιεχόμενο του στομάχου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρουσιάζονται διαβρώσεις της οδοντικής επιφάνειας και προοδευτική καταστροφή των δοντιών λόγω απασβέστωσής τους.

Οι διαβρώσεις που προκαλούνται από τους εμέτους είναι χαρακτηριστικές καθώς αφορούν κυρίως στη γλωσσική και λιγότερο στη μασητική επιφάνεια των προγόμφιων και των γομφίων οδόντων. Συνήθως προσβάλλονται τα δόντια της άνω γνάθου. Διάβρωση των δοντιών μπορεί να προκληθεί ακόμη και από την υπερβολική καθημερινή κατανάλωση ανθρακούχων αναψυκτικών που χρησιμοποιούνται από ορισμένους πάσχοντες για να προκληθεί γαστρική διάταση ώστε να διευκολυνθεί η πρόκληση εμέτου.

3. Τι προκαλεί η υπερφαγία και οι έμετοι στον νου;

Είναι σημαντικό να τονιστεί ξανά και ξανά ότι οι ΔΠΤ είναι πάθηση και όχι επιλογή. Αυτό που είναι σίγουρα επιλογή είναι η στιγμή που το άτομο θα αποφασίσει να ζητήσει θεραπεία. Αρκετά συχνά λόγω της πίεσης της οικογένειας ή των φίλων, οι πάσχοντες από ΔΠΤ απευθύνονται σε κάποιον ειδικό, χωρίς να έχουν συνειδητοποιήσει ότι αυτό που τους συμβαίνει είναι μια ψυχική πάθηση. Σε αυτές τις συναντήσεις το επιχείρημα που ακούγεται συχνά είναι: «αφού το να τρώω πολύ φαγητό με κάνει να νιώθω καλύτερα και προκαλώντας έμετο δεν παχαίνω γιατί να το σταματήσω; γιατί να χάσω τη μοναδική ευχαρίστηση που έχω στη ζωή μου;».

Πιθανώς η απάντηση σε αυτό το ερώτημα να είναι ακριβώς τα ίδια τα λόγια του ατόμου. Θα είχε αξία να προσπαθήσει να το σταματήσει γιατί έχει φτάσει στο σημείο η υπερφαγία να είναι η μοναδική ευχαρίστηση της ζωής του.

Είναι όμως η υπερφαγία μόνο ευχαρίστηση; Η πρόκληση εμέτου είναι μόνο εκτόνωση και ανακούφιση;

3.1. Η εμμονή

Από τις αφηγήσεις των πασχόντων ξέρουμε ότι η υπερφαγία αποκτά σταδιακά ένα έντονο καταναγκαστικό/τελετουργικό

χαρακτήρα. Το άτομο σχεδόν κάθε ώρα της ημέρας σκέφτεται, επιθυμεί, ωθείται, οργανώνει και ταυτόχρονα αντιστέκεται στην υπερφαγία. Χρειάζεται να εξασφαλίσει χρόνο και χώρο για να αγοράσει ή να προετοιμάσει τις τροφές που θα φάει και μετά την υπερφαγία να έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει ανενόχλητα έμετο.

Κατά μία έννοια, η υπερφαγία είναι μια 24ωρη ενασχόληση που δεν αφήνει πολλά περιθώρια στο άτομο για προσωπική, κοινωνική και πολλές φορές επαγγελματική ζωή. Η εμμονή που χαρακτηρίζει την ενασχόληση με το φαγητό, με το πέρασμα του χρόνου γίνεται ιδιαίτερα κουραστική και αποθαρρυντική, καθώς το άτομο αντιλαμβάνεται ότι οι περιορισμοί που επιβάλλει η υπερφαγία είναι τόσο επαχθείς όσο και δύσκολο να αρθούν.

3.2. Η αγωνία

Ένα από κεντρικά χαρακτηριστικά του υπερφαγικού επεισοδίου είναι το αίσθημα της απώλειας του ελέγχου. Το άτομο νιώθει την ώθηση να φάει με βουλιμικό τρόπο χωρίς να μπορεί να αντισταθεί σε αυτό το συναίσθημα. Αν και ο έμετος ανακουφίζει την αγωνία ότι θα αυξηθεί το σωματικό βάρος, η ανακούφιση αυτή είναι μόνο προσωρινή, καθώς μετά από λίγη ώρα ή λίγες ημέρες η ώθηση για βουλιμική κατανάλωση τροφής θα επανέλθει.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή η αγωνία πολλαπλασιάζεται, καθώς για τους πάσχοντες η αξία του εαυτού τους κατά κανόνα υπολογίζεται μόνο με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματος. Μπορεί κανείς λοιπόν να φανταστεί πόσο έντονη και συνεχής είναι η αγωνία ενός ατόμου που πιστεύει ότι είναι ικανό και άξιο μόνο όταν το σώμα του είναι καλλίγραμμο και ταυτόχρονα καθημερινά χάνει τον έλεγχο και τρώει μεγάλη ποσότητα φαγητού χωρίς να το θέλει ή να μπορεί να το σταματήσει. Τελικά, αν και το σωματικό βάρος μπορεί να μην αυξάνεται, ο φόβος ότι αυτό μπορεί να γίνει κάποια στιγμή στο μέλλον δεν υποχωρεί. Και φυσικά δεν θα υποχωρήσει, παρά μόνο όταν σταματήσει ο φαύλος κύκλος της υπερφαγίας.

3.3. Η ντροπή

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή του κεφαλαίου, ένα σημαντικό ποσοστό των πασχόντων και των οικογενειών δεν κατανοεί ότι τα υπερφαγικά επεισόδια και η πρόκληση εμέτου είναι σύμπτωμα μια ψυχικής διαταραχής που ονομάζεται ΔΠΤ. Αν λοιπόν αυτό δεν είναι ασθένεια, τι είναι; Οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουμε και αποδεχόμαστε ότι οι ασθένειες, σωματικές ή ψυχικές, δεν είναι επιλογή μας αλλά κάτι που για διάφορους λόγους συμβαίνει μέσα στον βιολογικό κύκλο της ζωής όλων των οργανισμών. Κανείς δεν μπορεί να ισχυριστεί με λογικά επιχειρήματα ότι κάποιος προκάλεσε με τις πράξεις και τις επιλογές του καρκίνο ή σχιζοφρένεια ή άνοια στον εαυτό του.

Τι γίνεται όμως με την γκρίζα ζώνη των ψυχικών παθήσεων όπου το θύμα κατηγορείται για αυτό που του συμβαίνει; Υπάρχουν τρεις μεγάλες περιοχές στην ψυχιατρική νοσολογία για τις οποίες, στις δυτικές κοινωνίες, η μομφή του κοινού στρέφεται προς τον ίδιο τον πάσχοντα. Αυτές οι περιοχές είναι η ουσιοεξαρτήσεις, οι ΔΠΤ και οι διαταραχές προσωπικότητας. Το κοινωνικό στερεότυπο λοιπόν θεωρεί ότι το άτομο έχει επιλογή, ότι έχει τη δυνατότητα να αντισταθεί και να μη φάει βουλιμικά. Όταν δεν το κάνει, φταίει εκείνο, γιατί δεν θέλει πραγματικά ή γιατί δεν έχει την αναγκαία δύναμη της θέλησης για να πετύχει την αλλαγή.

Όταν το άτομο γίνεται φορέας αυτού του στερεότυπου, όταν δεν αναγνωρίζει ότι η επιλογή που έχει αφορά στο αν θα αντιμετωπίσει την πάθηση και όχι αν θα εμφανίσει τα συμπτώματά της, τότε κάθε υπερφαγικό επεισόδιο προκαλεί έντονα συναισθήματα ντροπής. Η ντροπή αυτή έχει δύο σημαντικές αρνητικές συνέπειες:

Η πρώτη είναι ότι διαβρώνει και άλλο την αυτοπεποίθηση του ατόμου με αποτέλεσμα να νιώθει ακόμα λιγότερο ικανό. Αυτό το οδηγεί στο να προσπαθεί να αυξήσει την αξία του μέσα από το να επιμένει να ελέγχει το σώμα του και να περιορίζει την ποσότητα της τροφής που επιτρέπει στον εαυτό του, με συνέπεια να προκαλείται ένα νέο επεισόδιο υπερφαγίας.

Η δεύτερη συνέπεια είναι ότι το άτομο πείθεται ότι το κοινωνικό στερεότυπο είναι ορθό, κατηγορεί τον εαυτό του για το υπερφαγικό επεισόδιο, δεν κινείται προς το να αναζητήσει θεραπεία και τελικά προσπαθεί να κρύψει από όλους αυτό που του συμβαίνει. Δεν είναι τυχαίο ότι η ΨΒ περιγράφεται ως «κρυφή διαταραχή» γιατί τα άτομα ντρέπονται να μιλήσουν για αυτό που τους συμβαίνει, καθώς πιστεύουν ότι οι άλλοι θα τους απορρίψουν και θα απομακρυνθούν από κοντά τους αν το μάθουν. Σε αυτό το συναίσθημα της ντροπής έχει αποδοθεί εν μέρει και το επιδημιολογικό εύρημα ότι σε σύγκριση με την ΨΑ οι πάσχοντες από ΨΒ απευθύνονται για θεραπεία αρκετά χρόνια αργότερα μετά την έναρξη της διαταραχής.

4. Πώς χάνω τον εαυτό μου μέσα στην υπερφαγία ;

Για άλλη μια φορά χρειάζεται να θυμίσουμε ότι οι ΔΠΤ δεν είναι διαιτολογικές παρεκκλίσεις, δεν προέρχονται από κάποιο λάθος στις διατροφικές επιλογές του ατόμου. Οι ΔΠΤ είναι αποτέλεσμα της απώλειας της ικανότητας

διατήρησης της ψυχικής υγείας. Στην αρχή μπορεί να παρουσιάζονται ως λύσεις που προσφέρουν μια στοιχειώδη αίσθηση ισορροπίας, αλλά μακροπρόθεσμα επιδεινώνουν την ψυχική κατάσταση του ατόμου.

Πώς μπορώ να διατηρήσω την αίσθηση του εαυτού μου όταν δεν έχω άλλο τρόπο να ρυθμίσω τα συναισθήματά μου από το να τρώω πολύ και μετά να προκαλώ έμετο; Πώς μπορώ να είμαι καλά όταν η σχέση μου με την τροφή είναι εμμονοληπτική, μου συντηρεί την αγωνία για το σώμα μου και με κάνει να νιώθω ντροπή; Ποια είναι η επιθυμία μου; Πού θέλω να κατευθύνω τη ζωή μου; πώς θέλω να ζήσω μια ζωή που να αξίζει να τη ζω; Τι ξέρω για μένα πέρα από αυτό που τρώω και βγάζω; Πώς θα φύγει αυτή η ομίχλη που δεν με αφήνει να δω τον εαυτό μου στον καθρέφτη;

Η Άρτεμις μιλάει για τη βουλιμία

Το όνομά μου είναι Άρτεμις και πάσχω από ψυχογενή βουλιμία. Αυτή η κατάσταση διαρκεί 5 χρόνια, όπου τα στάδιά της ήταν διαδοχικά. Στην αρχή όλο αυτό ξεκίνησε ως λύση για να χάσω κάποια παραπάνω κιλά που είχα και τελικά εξελίχθηκε σε έναν επαναλαμβανόμενο εφιάλτη που έγινε εμμονή και τρόπος ζωής.

Η διαφυγή μακρινή και δύσκολη...

Τα συναισθήματά μου καθόλη τη διάρκεια της αρρώστιας μέχρι τώρα είναι αφόρητα. Οι καταστάσεις που αντιμετωπίζω διογκώνονται στο μυαλό μου και οδηγούν σε συναισθήματα που με κάνουν να πνίγομαι μέσα στις συνειρμικές σκέψεις που προκαλούνται.

Με όλη αυτή την εισαγωγή που έκανα είχα ως σκοπό να καταλήξω στον εμετό, στη δίοδό μου για την ανακούφιση. Η όλη κατάσταση έχει ως εξής: καταναλώνω μεγάλες ποσότητες φαγητού που είναι το πρώτο στάδιο εκτόνωσης. Καταβροχθίζω όλων των ειδών τα τρόφιμα που θα βρεθούν μπροστά μου, αλμυρά και γλυκά, παχυντικά και διαιτητικά, εναλλάσσοντας γεύσεις και τρώγοντας οτιδήποτε χωρίς τύψεις. Το ακριβώς επόμενο στάδιο είναι η επίσκεψη στην τουαλέτα.

Με τον εμετό βρίσκεις μια παρηγοριά αλλά ταυτοχρόνως νιώθεις ότι τιμωρείς τον εαυτό σου γι' αυτήν την υπερβολική

κατανάλωση και για όλα αυτά που νιώθεις. Πέραν της ηδονής που σου αφήνει ότι έφαγες και δεν θα παχύνεις, μετά από κάποια στιγμή αποκτά άλλο νόημα. Σε ανακουφίζει τόσο πολύ που βρίσκεις λόγο να το συνεχίζεις, η εύκολη λύση για να εξιλεωθείς και να καταπραύνεις την ψυχική αναστάτωση, αρνούμενη ότι μπορείς να αντέξεις όλα αυτά που αισθάνεσαι.

Στη δικιά μου περίπτωση, η κατάσταση έγινε τόσο ανυπόφορη που δεν άντεξα, λύγισα και ζήτησα βοήθεια από τους γονείς μου. Είναι καλό να συνειδητοποιείς από μόνος σου ότι πρέπει να σε βοηθήσουν κάποιοι άνθρωποι που ξέρουν. Αυτή η αρρώστια δεν είναι φίλος, είναι εχθρός, κάτι που σε καταστρέφει σιγά-σιγά σωματικά και ψυχικά, δίνοντάς σου μόνο μια πρόσκαιρη ευχαρίστηση και μια πόρτα για να αποδράσεις από την πραγματικότητα.

Ελπίζω να είναι καλό και να σας κάνει, ήμουν όσο πιο ειλικρινής μπορούσα και έγραψα ό,τι θα ήθελα και εγώ να ακούσω!

8

Γίνεται να φύγει αυτό που έχω;

1. Εισαγωγή

Όταν μιλάμε για τις ΔΠΤ είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται στην εφηβεία και υποχωρούν κάποια χρόνια μετά. Οι ΔΠΤ δεν παραμένουν με την ίδια ένταση και μορφή σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Όπως όλες οι ασθένειες έχουν έναρξη και ύφεση. Βέβαια, όπως θα αναφερθεί περισσότερο διεξοδικά και στις επόμενες παραγράφους, στην Ιατρική η πορεία και η πρόγνωση μιας ασθένειας υπολογίζεται στατιστικά με βάση τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα. Σε ατομικό επίπεδο, είναι δύσκολο να υπολογιστεί από την αρχή πόσες πιθανότητες έχει κανείς να γίνει καλά ή ακόμα και πόσο καλά θα γίνει. Ο στόχος στην έναρξη της θεραπείας είναι πάντα να υποχωρήσουν συνολικά τα συμπτώματα της ΔΠΤ.

Μιλώντας για τη θεραπεία των ΔΠΤ είναι σημαντικό να έχει κανείς υπόψη του τα παρακάτω σημεία:

- α. Η θεραπεία των ΔΠΤ είναι κυρίως ψυχολογική. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα μόνο για συγκεκριμένες ενδείξεις που θα αναφερθούν λεπτομερειακά παρακάτω.
- β. Η θεραπεία των ΔΠΤ απαιτεί στις περισσότερες περιπτώσεις τη συνεργασία μίας ομάδας ειδικών της υγείας ώστε να αντιμετωπιστούν τόσο οι ψυχολογικές όσο και οι ιατρικές συνέπειες της διαταραχής.
- γ. Ο ρόλος των σημαντικών άλλων για το πάσχον άτομο και ιδιαίτερα της οικογένειάς του είναι ουσιώδης για τη θεραπευτική προσπάθεια.
- δ. Οι ΔΠΤ έχουν συχνά μακρόχρονη πορεία, είναι ιδιαίτερα επίμονες και ανθεκτικές στη θεραπεία ψυχικές παθήσεις και κατά συνέπεια η θεραπεία τους χρειάζεται αρκετούς μήνες ή ακόμα και έτη για να αποδώσει καρπούς.
- ε. Η θεραπεία μπορεί να αποτύχει, ο θεραπευόμενος όχι.

2. Ποιο είναι το πρώτο βήμα;

Στην Ιατρική το πρώτο βήμα της θεραπείας είναι η σωστή διάγνωση. Αυτό που χρειάζεται αρχικά είναι το άτομο και η οικογένειά του να συζητήσει με κάποιον ειδικό της ψυχικής υγείας για να γίνει η διάγνωση αν όντως πάσχει από ΔΠΤ και από ποια μορφή της.

Το επόμενο βήμα είναι να ληφθεί η απόφαση για θεραπεία. Αν ο πάσχων είναι ανήλικος συνήθως την απόφαση τη λαμβάνει η οικογένεια συνολικά. Αν είναι ενήλικος, η απόφαση για θεραπεία πρέπει να έρθει από το ίδιο το άτομο. Στο τέλος της εφηβείας, δηλαδή στις τελευταίες τάξεις του σχολείου, το άτομο δεν ανήκει ουσιαστικά σε καμία από τις δύο παραπάνω κατηγορίες. Σε αυτές τις περιπτώσεις προσπαθούμε να έχουμε και τη σύμφωνη γνώμη της οικογένειας, αλλά και του ίδιου το ατόμου. Πάντως, ανεξαρτήτως της ηλικίας του ατόμου, είναι σημαντική για τη θετική έκβαση της θεραπείας η δέσμευση του ατόμου στην προσπάθεια να απομακρυνθεί από τη ΔΠΤ.

Η δέσμευση για θεραπεία προϋποθέτει τρεις βασικές παραδοχές:

α. Αποδέχομαι ότι πάσχω από ΔΠΤ.

β. Αποδέχομαι την ανάγκη να κάνω θεραπεία για να βελτιωθεί η κατάστασή μου.

γ. Αποδέχομαι να χρησιμοποιήσω το μέγιστο των δυνάμεών μου για όσο χρόνο χρειαστεί προκειμένου μαζί με τους θεραπευτές μου να υπερνικήσω τη ΔΠΤ.

Με βάση αυτές τις τρεις παραδοχές οι πάσχοντες μπορούν αδρά να ταξινομηθούν σε τρεις ομάδες:

Η πρώτη ομάδα είναι αυτοί που είναι έτοιμοι ψυχολογικά να δεσμευτούν σε όλες τις παραδοχές. Συνήθως τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την ομάδα έχουν φτάσει στο σημείο να είναι έτοιμα να ξεκινήσουν θεραπεία άμεσα.

Στη δεύτερη ομάδα ανήκουν οι πάσχοντες που μπορούν να αποδεχτούν ότι πάσχουν από ΔΠΤ, αλλά δεν είναι έτοιμοι να δεσμευτούν στη θεραπεία. Συνήθως, σε αυτή την ομάδα χρειάζεται να γίνουν επιπλέον συναντήσεις, να συζητηθούν τα υπέρ και τα κατά τού να διατηρηθεί η ΔΠΤ στη ζωή τους, να παρασχεθούν πληροφορίες για τις ΔΠΤ και να ενημερωθεί περαιτέρω και η οικογένειά τους για την πάθηση που αντιμετωπίζει το μέλος της. Ο στόχος είναι, στο τέλος αυτής της διαδικασίας, να έχει αυξηθεί το κίνητρο του ατόμου για να δεσμευτεί σε μια θεραπευτική προσπάθεια.

Στην τρίτη ομάδα ανήκουν τα άτομα που δεν συμφωνούν με καμία από τις τρεις παραδοχές. Δεν αναγνωρίζουν ουσιαστικά ούτε ότι πάσχουν από ΔΠΤ και φυσικά ούτε ότι χρειάζονται οποιαδήποτε μορφή υποστήριξης ή θεραπείας. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτήν την ομάδα είναι ιδιαίτερα δύσκολο να ενταχθούν σε οποιαδήποτε μορφή παρέμβασης και συνήθως εγκαταλείπουν πολύ γρήγορα κάθε προσπάθεια θεραπείας. Σε αυτήν την περίπτωση η προσπάθεια εστιάζεται περισσότερο στο να χορηγηθεί ψυχοεκπαιδευτικό υλικό, να γίνει ενημέρωση της οικογένειας, να υπάρξει μια στοιχειώδης συμφωνία για ιατρική παρακολούθηση και να δοθεί η δυνατότητα για μια νέα συζήτηση τη στιγμή εκείνη που το άτομο νιώσει έτοιμο να μιλήσει ξανά με τον ειδικό.

Από τα παραπάνω γίνεται προφανές ότι οι παρακάτω παράγραφοι αφορούν σχεδόν αποκλειστικά τους πάσχοντες αυτούς που είναι έτοιμοι μέχρι ενός βαθμού να αποδεχθούν τα τρία σημεία που αναφέρθηκαν παραπάνω και κατά συνέπεια να δεσμευθούν στη θεραπεία.

3. Μόνος ή με βοήθεια;

Ένα ερώτημα που έρχεται συχνά στις αρχικές συζητήσεις των ειδικών με τους πάσχοντες από ΔΠΤ είναι το αν κάποιος μπορεί να γίνει καλά μόνος του ή αν είναι υποχρεωτικό να έχει συνεργασία με ειδικούς και να κάνει συστηματική θεραπεία.

Η απάντηση στο παραπάνω ερώτημα σχετίζεται με τη βαρύτητα της διαταραχής και τη χρονική διάρκεια που αυτή υφίσταται στη ζωή του ατόμου. Από τα επιδημιολογικά δεδομένα ξέρουμε ότι υπάρχουν περιπτώσεις ίασης των ΔΠΤ και χωρίς να γίνει θεραπεία. Μάλιστα στους εφήβους, το ποσοστό των πασχόντων στους οποίους η ΔΠΤ θα υποχωρήσει σταδιακά από μόνη της, σε ορισμένες μελέτες υπερβαίνει το 25%.

Σε γενικές γραμμές θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι αν τα συμπτώματα της ΔΠΤ είναι ιδιαίτερα ήπια και δεν βάζουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου, γίνεται να ενημερωθεί το άτομο για τις ΔΠΤ και τις βασικές αρχές για την αντιμετώπισή τους, και στη συνέχεια να παλέψει αποτελεσματικά την πάθηση χωρίς εντατική θεραπεία. Για παράδειγμα, μια νεαρή φοιτήτρια που ξεκίνησε πριν λίγους μήνες δίαιτα για να χάσει 2–3 κιλά και εμφανίζει ένα βουλιμικό επεισόδιο μία με δύο φορές την εβδομάδα, είναι εφικτό να βελτιωθεί αν ενημερωθεί για την ΨΒ και να χρησιμοποιήσει κάποιο βιβλίο ή ηλεκτρονικό πρόγραμμα αυτοβοήθειας για την ΨΒ. Παρομοίως ένα κορίτσι 12 ετών που πριν λίγες εβδομάδες ανέφερε στους γονείς της ότι δεν της αρέσει το σώμα της και ξεκίνησε να περιορίζει την τροφή της, θα μπορούσε να βελτιωθεί μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα, είτε γιατί θα μειωθούν οι λόγοι που προκάλεσαν τη δυσφορία για το σώμα της είτε γιατί οι γονείς της θα παρέμβουν με αποτελεσματικό τρόπο.

Υπάρχουν συγκεκριμένοι κανόνες; Μπορεί κανείς να είναι απόλυτα σίγουρος για το αν κάποιο άτομο χρειάζεται θεραπεία ή όχι; Η απάντηση είναι αρνητική. Σε θεωρητικό επίπεδο υποστηρίζεται ότι αν πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια για τις ΔΠΤ οφείλουμε να προτείνουμε θεραπεία. Τι γίνεται όμως με τον μεγάλο αριθμό των ατόμων που δεν

πληρούν όλα τα κριτήρια για τη διάγνωση των ΔΠΤ αλλά ωστόσο πάσχουν από ΔΠΤ που επηρεάζει σημαντικά τη ζωή τους;

Στο επίπεδο της πραγματικότητας, ο πάσχων και ο ειδικός καλούνται να ισορροπήσουν τα δύο άκρα: από τη μία είναι η πρόκληση συναγερμού και η κινητοποίηση όλων των διαθέσιμων μέσων χωρίς η κατάσταση να το απαιτεί. Αυτό έχει το μειονέκτημα να ενισχύονται τελικά δυσλειτουργικές συμπεριφορές και να έχουμε ακριβώς το αντίθετο αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, «αν κάθε φορά που έχω ελαφρύ πυρετό οι γονείς μου πανικοβάλλονται, με πηγαίνουν στο νοσοκομείο, σταματάνε όλες τις απαγορεύσεις που μου έχουν θέσει, ή μου αγοράζουν όλα τα πράγματα που επιθυμώ, ουσιαστικά ενισχύουν την επιθυμία μου να παραμείνω άρρωστος». Στο άλλο άκρο βρίσκεται η υποτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης και η εναπόθεση της ελπίδας για βελτίωση στον χρόνο, την ωρίμανση ή σε μαγικά μέσα. Αυτό έχει το μειονέκτημα να καθυστερεί η έναρξη της θεραπείας, πολλές φορές ακόμα και για χρόνια, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι πιθανότητες καλής έκβασής της. Επίσης, αυξάνει τον κίνδυνο περαιτέρω κλιμάκωσης της συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, «νιώθω μεγάλη αγωνία από τη στάση των γονιών μου και από την αδυναμία μου να τους κάνω να καταλάβουν πόσο υποφέρω. Ως ύστατο μέσο αρχίζω να χτυπάω ελαφρά το κεφάλι μου στον τοίχο. Αν εκείνοι συνεχίζουν να μην καταλαβαίνουν τότε αρχίζω να νιώθω έντονη απελπισία και αυτό με ωθεί να χτυπάω πιο έντονα το κεφάλι μου στον τοίχο. Ίσως αν το δουν να ματώνει τότε να καταλάβουν πόσο πονάω...».

Τέλος, στην απόφαση για θεραπεία θα πρέπει να συνυπολογιστεί η επιθυμία του ατόμου για το είδος της βοήθειας που θέλει να λάβει, καθώς και συγκεκριμένοι παράγοντες που αφορούν στην εξωτερική πραγματικότητα. Για παράδειγμα, στη χώρα μας υπάρχουν πολλοί έφηβοι πάσχοντες που μένουν σε αγροτικές περιοχές ή σε νησιά και δεν είναι δυνατόν να έχουν συχνή πρόσβαση σε εξειδικευμένα θεραπευτικά προγράμματα. Ή υπάρχουν πάσχοντες που, αν και η συμπτωματολογία δεν είναι ιδιαίτερα έντονη, νιώθουν την ανάγκη να λάβουν ψυχολογική υποστήριξη.

4. Μήπως πρέπει να μπω στο νοσοκομείο;

Η νοσηλεία για τις ΔΠΤ αφορά κυρίως στην ΨΑ, καθώς πολύ σπάνια υπάρχει αναγκαιότητα για νοσηλεία πασχόντων από ΨΒ ή ΔΕΥ. Αν και η νοσηλεία για την ΨΑ ήταν ο κανόνας πριν μερικές δεκαετίες, η βελτίωση των γνώσεών μας αλλά και των εξωνοσοκομειακών θεραπευτικών παρεμβάσεων έχει καταστήσει τη νοσηλεία αναγκαία μόνο για έναν μικρό αριθμό πασχόντων. Τα κριτήρια για την αναγκαιότητα της ενδονοσοκομειακής θεραπείας είναι κυρίως ιατρικά και αναφέρονται αναλυτικά στον πίνακα που παρατίθεται στο τέλος του κεφαλαίου.

Η νοσηλεία για την ΨΑ συνήθως έχει διάρκεια κάποιων μηνών και ολοκληρώνεται όταν το σωματικό βάρος έχει φτάσει στα κατώτερα φυσιολογικά όρια. Η νοσηλεία κινείται σε δύο άξονες που αλληλοσυμπληρώνονται. Ο πρώτος άξονας αφορά στην αποκατάσταση της διατροφής και στη βελτίωση της ιατρικής κατάστασης του ατόμου. Ο δεύτερος άξονας αφορά στην ψυχοθεραπεία με στόχο τη βελτίωση της ικανότητας το ατόμου να ζει ικανοποιητικά, χωρίς να χρειάζεται να περιορίζει την πρόσληψη τροφής και να διατηρεί υποσιτισμένο το σώμα του.

5. Ποια θεραπεία να διαλέξω;

Η επιλογή του θεραπευτικού προγράμματος, της μορφής της ψυχοθεραπείας και του προσώπου του θεραπευτή είναι φυσικά στην απόλυτη επιλογή του ατόμου, αν και πολλές φορές υπάρχουν οι περιορισμοί που θέτει η πραγματικότητα και οι περιορισμένοι πόροι του συστήματος υγείας. Πολλές φορές βέβαια, όπως είναι αναμενόμενο, η οικογένεια και ο πάσχων απευθύνουν στον ειδικό το ερώτημα ποιας μορφής θεραπεία θα πρέπει να επιλεγεί.

Στην Ιατρική, τις τελευταίες δεκαετίες έχει επικρατήσει η τάση της εφαρμογής ιατρικών πρακτικών οι οποίες οφείλουν να έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα. Το ίδιο ακριβώς ισχύει και για την ειδικότητα της Ψυχιατρικής, αν και η μέτρηση της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας παρουσιάζει αρκετές μεθοδολογικές δυσκολίες. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες τα ασφαλιστικά ταμεία δεν καλύπτουν το κόστος

της ψυχοθεραπείας, παρά μόνο αν έχει μετρημένη αποτελεσματικότητα για τη συγκεκριμένη πάθηση από την οποία πάσχει ο ασφαλισμένος.

Παρακάτω θα αναφερθούμε στις θεραπευτικές αυτές προσεγγίσεις που έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στις ΔΠΤ, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι άλλες θεραπείες δεν μπορεί να είναι βοηθητικές.

5.1. Ψυχογενής Ανορεξία

Στην εφηβεία

Η περισσότερο καλά μελετημένη θεραπευτική προσέγγιση για εφήβους που πάσχουν από ΨΑ είναι αυτή της θεραπείας οικογένειας. Αν και υπάρχουν διάφορες παραλλαγές της οικογενειακής θεραπείας, το περισσότερο τεκμηριωμένο μοντέλο θεραπείας είναι αυτό που δημιουργήθηκε από τους Russell et al στο νοσοκομείο Maudsley στη Μ. Βρετανία. Η αρχική μελέτη της αποτελεσματικότητας του μοντέλου του Maudsley έδειξε, ότι κορίτσια κάτω των 18 ετών και με διάρκεια νόσου μικρότερη των τριών ετών, είχαν καλύτερα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, σε σύγκριση με κορίτσια που είχαν ατομική υποστηρικτική θεραπεία.

Σύμφωνα με την προσέγγιση του Maudsley στο αρχικό στάδιο της θεραπείας οι θεραπευτές εστιάζονται αποκλειστικά στην αντιμετώπιση του υποσιτισμού. Γίνεται προσπάθεια να ενισχυθούν οι γονείς και να αναλάβουν αυτοί τον έλεγχο της διατροφής του παιδιού τους. Επίσης, συστήνεται να αποφεύγονται συζητήσεις για την αιτιολογία της ΨΑ καθώς αυτές συνήθως οδηγούν τους γονείς στο να κατηγορούν τον εαυτό τους ή ο ένας τον άλλο. Τέλος, ενισχύεται ο διαχωρισμός της πάθησης από την πάσχουσα ως άτομο, καθώς αυτό βοηθάει τους γονείς να μην κατηγορούν το παιδί τους για την ανορεκτική συμπτωματολογία. Οι θεραπευτές σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας διατηρούν ρόλο συμβουλευτικό και όχι κατευθυντικό σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια.

Όταν αντιμετωπιστεί πλήρως ο υποσιτισμός, τότε οι γονείς ενθαρρύνονται να επιτρέψουν σταδιακά τον έλεγχο της διατροφής στο παιδί τους. Σε αυτό το τελευταίο στάδιο της θεραπείας, συζητιούνται σημαντικά θέματα που αφορούν στην οικογένεια όπως η ωρίμανση της έφηβης κόρης, η σεξουαλικότητα, η ανεξαρτητοποίηση και η αποχώρηση των παιδιών από την οικογενειακή εστία, καθώς και η ανάγκη επαναπροσδιορισμού του ρόλου των γονέων και της μεταξύ τους σχέσης. Στο τέλος της θεραπείας περίπου το 60–70% των κοριτσιών φτάνει σε φυσιολογικό βάρος, ενώ μετά από 5 έτη παρακολούθησης το 75–90% των κοριτσιών έχει πλήρως αναρρώσει από την ΨΑ.

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί ακόμα και χωρίς τη συμμετοχή του πάσχοντος μέλους. Αυτή η μορφή της οικογενειακής παρέμβασης φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη θεραπεία όπου συμμετέχει και το πάσχον μέλος, ακόμα και μετά από 5 έτη παρακολούθησης, όταν στην οικογένεια υπάρχει αυξημένη επικριτικότητα από τους γονείς προς την πάσχουσα.

Στην ενήλικη ζωή

Για τους ενήλικες πάσχοντες υπάρχουν ενδείξεις ότι η θεραπεία οικογένειας, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματικές, αφού όμως έχει προηγουμένως αντιμετωπιστεί ο υποσιτισμός, καθώς και οι άμεσα επικίνδυνες σωματικές επιπλοκές του.

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία τις τελευταίες δύο δεκαετίες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη για την αντιμετώπιση των ΔΠΤ. Οι μελέτες για την αποτελεσματικότητά της όμως σε εφήβους και ενήλικες που πάσχουν από ΨΑ είναι περιορισμένες και έχουν γίνει με μικρές σε αριθμό ομάδες ασθενών. Σε αυτή τη μορφή θεραπείας αρχικά διερευνώνται μαζί με την ασθενή τα υπέρ και τα κατά της ανορεξίας και στη συνέχεια καταβάλλεται προσπάθεια το άτομο σταδιακά να τροποποιήσει τη διατροφική συμπεριφορά του αυξάνοντας την ποσότητα και την ποικιλία της προσλαμβανόμενης τροφής. Παράλληλα, τροποποιούνται βασικές δυσλειτουργικές πεποιθήσεις γύρω από την τροφή και το βάρος, καθώς και αρνητικές στάσεις και απόψεις για τον εαυτό.

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, παρά το ότι ιστορικά είναι η θεραπεία που εφαρμόστηκε αρχικά για την αντιμετώπιση της ΨΑ και το πρωτοποριακό έργο της Hilde Bruch αποτέλεσε το πρώτο παράθυρο που η Ιατρική άνοιξε στον σκοτεινό κόσμο αυτής της διαταραχής, εξακολουθεί να μην έχει καλά τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση

της διαταραχής. Στόχοι της ψυχοδυναμικής θεραπείας είναι η αποκατάσταση της ικανότητας του ατόμου να «νιώθει» και να «νοιάζεται», η μείωση του αυστηρού υπερεγωτικού ελέγχου, και η ανάπτυξη πιο ευέλικτων και προσαρμοστικών στρατηγικών από τον περιορισμό της διατροφής.

5.2. Ψυχογενής Βουλιμία

Στην ενήλικη ζωή

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία έχει τη μεγαλύτερη τεκμηρίωση για την αντιμετώπιση της ΨΒ κυρίως σε ενήλικες. Η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση εστιάζεται στον φαύλο κύκλο της βουλιμίας, στον οποίο κεντρικό ρόλο έχει η χαμηλή αυτοεκτίμηση της ασθενούς. Η δίαιτα σε συνδυασμό με προνοσηρή παχυσαρκία, η ερωτική απόρριψη, επικριτικά σχόλια για το βάρος και το σχήμα του σώματος ή κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του πρώτου βουλιμικού επεισοδίου. Η τροφή δηλαδή και η ευεξία που συνοδεύει την κατανάλωσή της χρησιμοποιείται για να κατευνάσει την ψυχική ένταση ή τη δυσφορία. Αν η βουλιμική συμπεριφορά συνδεθεί με αισθήματα ανακούφισης και εκτόνωσης, ενισχύεται και επαναλαμβάνεται. Το άτομο όμως παράλληλα αξιολογεί τον εαυτό του με βάση την εξωτερική του εμφάνιση και το σωματικό βάρος. Η βουλιμική συμπεριφορά συνεπώς, προκαλεί αρχικά ανακούφιση και στη συνέχεια αγωνία για την αναμενόμενη αύξηση του σωματικού βάρους. Το παραπάνω οδηγεί σε ακατάλληλες και μη επιτυχείς προσπάθειες διαμόρφωσης του βάρους και του σχήματος του σώματος όπως είναι η πρόκληση εμέτου, η κατάχρηση καθαρτικών ή η στέρηση της τροφής και η εντατική άσκηση μετά από κάθε βουλιμικό επεισόδιο. Παράλληλα, ενισχύεται το αίσθημα της χαμηλής αυτοπεποίθησης καθώς το άτομο νιώθει ότι για άλλη μια φορά δεν τα κατάφερε να «έχει τον έλεγχο» του εαυτού του. Η απόδοση του νέου βουλιμικού επεισοδίου σε μειωμένη δύναμη θέλησης και όχι στις ρεαλιστικές αιτίες του όπως είναι η στέρηση της τροφής μεταξύ των βουλιμικών επεισοδίων, η αυτο-αξιολόγηση μόνο από τις σωματικές αναλογίες και η δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων, παγιδεύει το άτομο στον φαύλο κύκλο της βουλιμίας.

Η θεραπεία γίνεται σε τρία στάδια:

1^ο Μέσα από την προοδευτική ομαλοποίηση των διατροφικών συνηθειών ξεκινά η προσπάθεια να αποκτήσει το άτομο τον έλεγχο της διατροφής του.

2^ο Γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπιστούν οι πεποιθήσεις γύρω από το σχήμα του σώματος και το σωματικό βάρος καθώς και οι συμπεριφορές που απορρέουν από αυτές τις πεποιθήσεις. Επίσης, η θεραπεία διευρύνεται για να αντιμετωπιστούν τόσο δυσμενείς εξωγενείς παράγοντες όσο και ατομικές δυσκολίες, όπως ο έλεγχος των παρορμήσεων ή η άκαμπτη τελειοθηρία.

3^ο Σταθεροποιείται το θετικό αποτέλεσμα και οργανώνεται με την ασθενή ένα ρεαλιστικό σχέδιο για το μέλλον και την αντιμετώπιση των υποτροπών.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία μειώνει τις υπερφαγικές συμπεριφορές στο 80% των ασθενών, ενώ πλήρη διακοπή τους επιτυγχάνεται στο 40–50%. Ποσοστό 80–85% των ασθενών ολοκληρώνει τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα της θεραπείας φαίνεται ότι διατηρούνται 6–12 μήνες μετά τον τερματισμό της.

Η δεύτερη καλύτερα μελετημένη θεραπεία για την ΨΒ είναι η διαπροσωπική θεραπεία, που όμως δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στη χώρα μας. Η διαπροσωπική θεραπεία εστιάζεται αποκλειστικά στις σχέσεις του ασθενούς και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, χωρίς να έχει, όπως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, κάποιες ειδικές τεχνικές για την αντιμετώπιση των βουλιμικών επεισοδίων. Η διαπροσωπική θεραπεία σε ασθενείς με ΨΒ έχει διαπιστωθεί σε περιορισμένο αριθμό μελετών ότι είναι εξίσου αποτελεσματική με τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, αν και η βελτίωση αργεί περισσότερο να εμφανιστεί στην πρώτη.

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι αρκετά διαδεδομένη μορφή θεραπείας και για την ΨΒ. Αν και δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες για την αποτελεσματικότητά της, προτείνεται ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις όπου η ΨΒ συνυπάρχει με

σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας, καθώς και για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.

Στην εφηβεία

Αν και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει μελετηθεί διεξοδικά και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε ενήλικες, δεν υπάρχει παρόμοια ισχυρή τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς της σε παιδιά και εφήβους. Από ορισμένους ειδικούς έχουν προταθεί μια σειρά από τροποποιήσεις για να γίνει η θεραπεία

περισσότερο φιλική προς τους εφήβους. Ορισμένες από αυτές τις τροποποιήσεις είναι η αυξημένη προσοχή στη θεραπευτική συμμαχία και στην αύξηση του κινήτρου στην έναρξη της θεραπείας, η χρήση γλώσσας που να είναι περισσότερο κατάλληλη για το παιδί και τον έφηβο, η χρήση συγκεκριμένων και όχι αφαιρετικών παραδειγμάτων, η επέκταση του θεραπευτικού διαλόγου και σε θέματα που αφορούν στις ανησυχίες του εφήβου και τέλος η εμπλοκή των γονέων μέσω ψυχοθεραπευτικών προγραμμάτων για τις ΔΠΤ και τη γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση.

Η διαπροσωπική θεραπεία δεν έχει μέχρι στιγμής μελετηθεί σε εφήβους, παρά το γεγονός ότι είναι εξαιρετικά αποτελεσματική για τη θεραπεία της κατάθλιψης και σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Η θεραπεία οικογένειας για την ΨΒ δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά όπως για την ΨΑ. Μικρός αριθμός μελετών έδειξε ότι η θεραπεία οικογένειας προσέφερε καλύτερα αποτελέσματα από την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας οικογένειας διατηρήθηκε και 6 μήνες μετά τον τερματισμό της θεραπείας. Πάντως, η αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας για την ΨΒ δεν φαίνεται να είναι τόσο ισχυρή όσο είναι στην ΨΑ.

Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία εστιάζεται στην απορρύθμιση του συναισθήματος ως πυρηνική διαταραχή που πυροδοτεί τη βουλιμική συμπεριφορά. Η θεραπεία αποτελεί έναν συνδυασμό ατομικής ψυχοθεραπείας, ομαδικής εκπαίδευσης σε δεξιότητες και παρέμβασης στην κρίση, ώστε το άτομο να χρησιμοποιήσει τις δεξιότητές του και όχι παθολογικές συμπεριφορές για να αντεπεξέλθει. Η θεραπεία αυτή έχει μετρημένη αποτελεσματικότητα στην ΨΒ, ειδικότερα όταν το άτομο εκτός από τη ΔΠΤ παρουσιάζει και συμπτωματολογία οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Μέχρι στιγμής, υπάρχει μόνο μία μικρή μελέτη με θετικά αποτελέσματα για την εφαρμογή της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας σε εφήβους που έπασχαν από ΨΒ.

5.3. Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας

Για τη ΔΕΥ η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι αποτελεσματική στο να μειώνει σε σύντομο χρονικό διάστημα τα υπερφαγικά επεισόδια. Η δομή της θεραπείας είναι σε πολλά σημεία παρόμοια με τη θεραπεία της ΨΒ.

Τα τελευταία έτη μικρός αριθμός μελετών έχει δείξει ότι και μια μορφή ομαδικής διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας μπορεί να είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της ΔΕΥ. Ο στόχος αυτής της παρέμβασης είναι η εκπαίδευση των πασχόντων σε δεξιότητες που μπορούν να τους βοηθήσουν να ρυθμίσουν ή να αντέξουν τα δυσάρεστα συναισθήματά τους χωρίς να χρησιμοποιήσουν την υπερφαγική πρόσληψη τροφής για αυτόν τον σκοπό.

Να σημειωθεί ότι η ΔΕΥ, σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα έχει υψηλά ποσοστά συνύπαρξης με την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές και ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας. Το παραπάνω καθιστά αναγκαίο πολλές φορές η θεραπεία να μην στοχεύσει μόνο στη ΔΠΤ, αλλά να πρέπει να απευθυνθεί συνολικά σε όλο το φάσμα των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το άτομο.

6. Υπάρχει πιθανότητα να γίνω καλά;

Στην προηγούμενη παράγραφο έγινε αναφορά σε μια σειρά από θεραπείες, ποσοστά αποτελεσματικότητας, τεχνικές και άλλα στοιχεία που αφορούν κυρίως στους ειδικούς της ψυχικής υγείας. Για τη Μαρία, τον Κώστα, τη Γεωργία, την Ιωάννα αυτό που έχει αξία είναι αν θα μπορέσει να ξεφύγει από τη ΔΠΤ. Ένα σημαντικό ποσοστό από τους θεραπευόμενους δεν εκφράζει καν ενδιαφέρον να πληροφορηθεί για τη μορφή της ψυχοθεραπείας που ακολουθεί ο θεραπευτής του.

Χωρίς να υποβαθμίζεται η αξία της ενημέρωσης και του ενδιαφέροντος για τα δεδομένα της θεραπείας, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η θεραπεία δεν είναι τίποτα περισσότερο από ένα μονοπάτι που οδηγεί στην ίαση. Αυτό το μονοπάτι που είναι μοναδικό για το κάθε άτομο διαμορφώνεται από μία τριάδα παραγόντων: (α) την προσωπικότητα του θεραπευόμενου και τη σχέση εμπιστοσύνης που διαμορφώνει με τον θεραπευτή του, (β) τα χαρακτηριστικά της ΔΠΤ και των παραγόντων που τη διαιωνίζουν, (γ) την επιστημονική επάρκεια και την προσωπικότητα του θεραπευτή. Η επιλογή του είδους της θεραπευτικής προσέγγισης που πρέπει να είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματική για τη συγκεκριμένη διαταραχή, είναι το αντίστοιχο τού να επιλέγει κανείς το κατάλληλο εργαλείο για ξεκινήσει να χαράζει το μονοπάτι της θεραπείας του. Η τριάδα όμως που περιγράφηκε προηγουμένως είναι αυτή που θα καθορίσει τελικά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του.

Επιστρέφοντας στους αριθμούς για την ΨΑ, το 50% των ατόμων που πάσχουν παρουσιάζει ύφεση της συμπτωματολογίας, το 30% περίπου μερική βελτίωση και το 20% μεταπίπτει σε μια κατάσταση χρονιότητας. Είναι ενδιαφέρον ότι η έναρξη της διαταραχής στην εφηβεία έχει συνδεθεί με καλύτερη πρόγνωση και μικρότερη θνησιμότητα σε σύγκριση με την έναρξη στην ενήλικη ζωή, ενώ αντίθετα η έναρξη στην παιδική ηλικία μάλλον σχετίζεται με σημαντικά χειρότερη πρόγνωση. Ως καλοί προγνωστικοί δείκτες αναφέρονται η παρουσία ιστριονικών στοιχείων στην προσωπικότητα του ατόμου και η πρώιμη έναρξη της νόσου. Επίσης, καλό προγνωστικό δείκτη αποτελεί και το σύντομο χρονικό διάστημα μεταξύ της έναρξης της νόσου και της έναρξης της θεραπείας, καθώς και η απουσία έντονων ενδοοικογενειακών συγκρούσεων. Αντίθετα, κακοί προγνωστικοί δείκτες είναι η παρουσία καταναγκαστικών στοιχείων στην προνοσηρή προσωπικότητα της ασθενούς, οι φόβοι ωρίμανσης, τα βουλιμικά επεισόδια και οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, καθώς και η χρόνια πορεία της διαταραχής. Δεν είναι ξεκάθαρο αν η μεγάλη απώλεια βάρους ή το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο επηρεάζει την πορεία της ΨΑ.

Η πρόγνωση της ΨΒ στους ενήλικες είναι καλύτερη από την αντίστοιχη της ΨΑ. Το 70% των ασθενών αναρρώνουν από την πάθηση, το 20% παραμένουν με υποκλινικά συμπτώματα, ενώ στο 10% η συμπτωματολογία δεν υποχωρεί. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και στις λίγες μελέτες που έχουν γίνει σε εφήβους. Είναι σημαντικό όμως να αναφερθεί ότι, παρά τα παραπάνω θετικά αποτελέσματα για την ΨΒ, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός εφήβων (9,4% στα κορίτσια και 1,4% στα αγόρια) που παρουσιάζουν άτυπη βουλιμικού τύπου συμπτωματολογία η οποία συνδυάζεται με δύο έως τρεις φορές αυξημένη πιθανότητα κατάθλιψης ή αγχώδους συμπτωματολογίας καθώς και με συχνή χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Από τα περιορισμένα ευρήματα που έχουμε για τους προγνωστικούς παράγοντες της διαταραχής φαίνεται ότι η βραχύτερη διάρκεια της νόσου μέχρι την έναρξη της θεραπείας, η απουσία συννόησης με διαταραχή προσωπικότητας και η απουσία οικογενειακού ιστορικού αλκοολισμού αποτελούν θετικούς προγνωστικούς παράγοντες.

Για τη ΔΕΥ δεν έχουμε ακόμα διαθέσιμα επαρκή επιδημιολογικά ευρήματα. Φαίνεται ότι σε μακροπρόθεσμη παρακολούθηση περίπου το 50–60% έχει θετική έκβαση, το 30–40% παρουσιάζει μέτρια βελτίωση και το 5–10% δεν βελτιώνεται ή ακόμα και επιδεινώνεται. Δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την καλή πρόγνωση της ΔΕΥ.

Η Ζωή μιλάει για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Γινόταν να φύγει αυτό που έχω; Αυτό ήταν το πρώτο πράγμα που αναρωτιόμουν όταν συνειδητοποίησα ότι πάσχω από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Τρόμαξα! Δεν το αρνήθηκα, όμως τρόμαξα πολύ! Αν με ρωτήσει κάποιος ακόμα και σήμερα, που έχουν περάσει τόσα χρόνια από τη νοσηλεία, θα πω ότι δεν κατάλαβα πώς έγινε. Πώς άφησα τον εαυτό μου να μου συμβεί. Όλη η διαδικασία ήταν πάρα πολύ ύπουλη... Δεν είχα τα κλασικά συμπτώματα Ψυχογενούς Ανορεξίας όπως ίσως λανθασμένα έχει προβληθεί από τα ΜΜΕ. Ποτέ δεν είχα εμμονή με το σωματικό μου βάρος κι ούτε ήθελα να μοιάσω σε κανένα αδύνατο μοντέλο. Απλά ήμουν τόσο στενοχωρημένη που πονούσε συνεχώς το στομάχι μου και δεν μπορούσα να φάω. Γύρισα όλες τις ειδικότητες των ιατρών και αφού απέκλεισα κάθε σωματικό πρόβλημα, απευθύνθηκα στο νοσοκομείο. Ήξερα πλέον τι είχα και ας μην ήθελα να το πω. Όμως άλλο τόσο ήξερα πως ήθελα να νοσηλευτώ γιατί πίστευα πως ήταν πλέον η μόνη μου ελπίδα.

Πριν μπω στο νοσοκομείο νόμιζα πως θα «με πάχαιναν»... Πώς...; Δεν ξέρω... Πάντως πίστευα πως θα τα έκαναν όλα οι θεραπευτές. Δυστυχώς ή ευτυχώς πολύ γρήγορα συνειδητοποίησα πως τη μεγαλύτερη προσπάθεια πρέπει να την καταβάλεις εσύ. Οι θεραπευτές ήταν πάντα εκεί για να σε βοηθήσουν με όποιον τρόπο μπορούσαν. Όμως η προσπάθεια ήταν, κι έτσι έπρεπε όπως κατάλαβα σχετικά γρήγορα να είναι, αποκλειστικά δική σου.

Κάθε αρχή και δύσκολη. Δεν ήταν εύκολο... Καθόλου εύκολο! Να βρεθείς ξαφνικά κλεισμένος σε ένα νοσοκομείο, όπου σου απαγορεύεται η έξοδος και η κάθε είδους επικοινωνία με τους δικούς σου. Ήταν αρκετά επώδυνο. Όμως, ακόμα και γι' αυτό νομίζω ότι πολύ γρήγορα μπορεί να αντιληφθεί κάποιος τη χρησιμότητα αυτής της αποστασιοποίησης. Προσωπικά όμως, εκείνο που με δυσκόλεψε περισσότερο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, ήταν η αναγκαστική συμβίωση με ανθρώπους που έπασχαν από άλλες ψυχικές παθήσεις. Όμως, τελικά το μόνο που έχεις να κάνεις είναι να επικεντρωθείς στον στόχο σου. Και να το θες!

Και τότε φεύγει αυτό που έχεις... Όμως αναρωτιέσαι... Υπάρχει περίπτωση να μου ξανασυμβεί; Αυτή ήταν η πρώτη μου απορία μόλις ήμουν έτοιμη να βγω από το νοσοκομείο. Νομίζω πως ναι... υπάρχει... Όμως ξέρεις να αναγνωρίζεις πλέον τα σημάδια... (όχι ότι είναι εύκολο). Επιπλέον είναι κάτι γνώριμο πια, δεν σε τρομάζει όπως την πρώτη φορά και ξέρεις πώς μπορείς να το χειριστείς ώστε να μην «ξανακυλήσεις».

Τέλος, χαίρομαι που μου δίνεται η ευκαιρία να ευχαριστήσω ΟΛΟΥΣ όσους δούλευαν στο νοσοκομείο για την άψογη δουλειά τους και για την τεράστια προσπάθεια που καταβάλλουν ώστε να βοηθηθούν όλοι όσοι το έχουν ανάγκη. Με απέραντη ευγνωμοσύνη και πολλή αγάπη
ένα τεράστιο ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ!

Ζωή

**ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΓΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ
ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ
(ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, 2006)**

Καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή

Ιατρικές

Σωματικό Βάρος: <85% του φυσιολογικού σωματικού βάρους, ή ταχεία μείωση του βάρους με άρνηση λήψης τροφής ακόμα και αν δεν είναι <85% του φυσιολογικού σωματικού βάρους

Καρδιαγγειακές επιπλοκές:

Βραδυκαρδία: <40 σφ/min

Υπόταση: <90/60 mmHg

Σοβαρή αφυδάτωση

Επίμονη υπογλυκαιμία: <60 mg/dL

Πτωχός έλεγχος σακχαρώδους διαβήτη

Σοβαρή διαταραχή ηλεκτρολυτών, π.χ. κάλιο <3 mmol/L

Υποθερμία

Επιπλοκές ηπατικές και νεφρικές

Ψυχιατρικές

Υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας

Σοβαρή συννόσηση π.χ. μείζων κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή Πολύ χαμηλό κίνητρο/εναισθησία Αδυναμία αυτοελέγχου της υπερβολικής άσκησης, και της επαναλαμβανόμενης καθαρτικής συμπεριφοράς

Υπονομευόμενη εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση

Αφόρητη οικογενειακή κατάσταση π.χ. έντονα εκφραζόμενο συναίσθημα, κακοποίηση

Κοινωνική κατάσταση π.χ. ακραία απομόνωση, απουσία υποστήριξης

Μεγάλη γεωγραφική απόσταση ανάμεσα στην κατοικία της ασθενούς και την εξωνοσοκομειακή μονάδα

Αποτυχία αύξησης του βάρους με εξωνοσοκομειακή ψυχοθεραπεία

9 Τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω τον δικό μου άνθρωπο που πάσχει από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής;

1. Εισαγωγή

Το ερώτημα που κάθε γονέας, φίλος, αδελφός και σύντροφος απευθύνει στους ειδικούς είναι ο τίτλος αυτού του κεφαλαίου. Αν μπορούσε να διαχωρίσει το ερώτημα αυτό σε δύο επιμέρους ερωτήματα πιθανώς να έλεγε: «Χρειάζεται να κάνω κάτι;» και «αυτό που θα κάνω μπορεί να βοηθήσει;».

Η απάντηση είναι θετική και για τα δύο ερωτήματα. Όσο πιο νέο είναι το άτομο που πάσχει, όσο πιο σύντομο είναι το διάστημα από την έναρξη της διαταραχής, τόσο πιο αναγκαίο είναι να εμπλακούν τα οικεία πρόσωπα του πάσχοντος στη θεραπευτική προσπάθεια. Τόσο η εμπειρία όσο και η έρευνα έχουν δείξει ότι η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία προσφέρει σημαντικά οφέλη. Δυστυχώς, όμως, κάποιες φορές έχουμε και το αντίστροφο αποτέλεσμα. Η στάση της οικογένειας, η άρνησή της να ενημερωθεί, η αμφισβήτηση ή/και η αντιπαράθεσή της με κάθε θεραπευτική προσπάθεια, λειτουργούν ως δυσμενείς παράγοντες για την πορεία της θεραπείας.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι ο ρόλος της οικογένειας αν και είναι πολύ σημαντικός δεν είναι ο μοναδικός καθοριστικός για την έκβαση της θεραπείας. Στον αντίποδα όσων αναφέρθηκαν προηγουμένως, η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι υπάρχουν οικογένειες που η στάση τους ήταν ιδιαίτερα βοηθητική για τη θεραπεία, όμως το μέλος της οικογένειας που έπασχε από ΔΠΤ δεν μπόρεσε να βελτιωθεί. Αντίστροφα, υπάρχουν πάσχοντες που ξεπερνούν τη ΔΠΤ και μαθαίνουν να ζουν με έναν περισσότερο αυθεντικό τρόπο γι' αυτούς, παρά το γεγονός ότι εξακολουθούν κατά τη διάρκεια αυτής της θεραπευτικής πορείας να υφίστανται ένα εξαιρετικά αρνητικό οικογενειακό κλίμα.

2. Τι δεν μπορώ να κάνω;

Πριν ξεκινήσει ένας γονέας, αδελφός, φίλος, σύντροφος να δεσμεύσει τον εαυτό του στην προσπάθεια να βοηθήσει έναν πάσχοντα από ΔΠΤ είναι σημαντικό να έχει πολύ ξεκάθαρα στο μυαλό του τι δεν μπορεί να κάνει. Ορισμένα από αυτά που δεν μπορεί κάποιος να κάνει είναι τα παρακάτω:

«Δεν μπορώ να βοηθήσω όσο συνεχίζω να πιστεύω ότι εγώ φταίω που αρρώστησε»

Αυτό ίσως είναι και το πιο σημαντικό θέμα. Οι ψυχολογικές θεωρίες του 20ού αιώνα για τις ψυχικές παθήσεις, αν και προσέφεραν πάρα πολλά στην κατανόηση του ανθρώπινου νου και στον αποστιγματισμό της ψυχικής πάθησης, είχαν και ορισμένες «παρενέργειες». Μία από αυτές είναι ότι ο τρόπος με τον οποίο ενσωματώθηκαν στη συνείδηση του κοινού, οδήγησε σε υπεραπλουστεύσεις για τις αιτίες των ψυχικών παθήσεων. Η πιο κοινή από αυτές είναι ότι σχεδόν πάντα μπορεί κανείς να εντοπίσει τη ρίζα των δεινών του στις παιδικές του εμπειρίες.

Ένα μεγάλο ποσοστό των οικογενειών που απευθύνει το ερώτημα αυτού του κεφαλαίου στους ειδικούς, πριν ακούσει τι μπορεί να κάνει, πρέπει πρώτα να συνειδητοποιήσει ότι δεν μπορεί να βοηθήσει όσο πιστεύει ότι η ίδια η οικογένεια είναι η αιτία της ΔΠΤ. Η βαθιά ενοχή μαζί με τα ποικίλα συναισθήματα που νιώθει κανείς όταν παρακολουθεί τον δικό

του άνθρωπο να βασανίζεται ή ακόμα και να οδηγείται στον θάνατο χωρίς να μπορεί να κάνει κάτι, είναι σίγουρο ότι στους περισσότερους ανθρώπους μειώνουν την ικανότητά τους να δράσουν αποτελεσματικά. Το άτομο που πιστεύει ότι αυτό φταίει για τη ΔΠΤ ενός άλλου ατόμου θα αποσυρθεί και θα παρακολουθεί παθητικά την κατάσταση θεωρώντας ότι έτσι θα κάνει λιγότερο κακό. Ή μπορεί να προσπαθήσει να «κάνει» γρήγορα καλά τον πάσχοντα για να μειωθεί το αίσθημα της ενοχής που έχει, με αποτέλεσμα να θυμώνει μαζί του και να τον κατηγορεί που δεν συνεργάζεται. Αντιλαμβάνεται βέβαια κανείς ότι και οι δύο αυτές στρατηγικές δεν είναι συνήθως αποτελεσματικές.

«Δεν μπορώ να μην έχω συναισθήματα»

Η συμπτωματολογία των ΔΠΤ γεννάει έντονα συναισθήματα τόσο στους οικείους όσο και στους ειδικούς. Ειδικότερα η ΨΑ, πιθανώς λόγω και της εικόνας του ακραίου υποσιτισμού, δημιουργεί έντονα και ακραία συναισθήματα. Πολύ συχνά παρατηρούμε ότι όταν ένας πάσχων νοσηλεύεται, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό διχάζεται στην ομάδα που νιώθει μεγάλη συμπάθεια και θέλει έντονα να βοηθήσει και να συμπαρασταθεί και στην ομάδα που νιώθει θυμό και τον απορρίπτει, πιστεύοντας ότι είναι στο χέρι του να γίνει καλά και πως δεν αξίζει να ασχοληθεί κανείς «με κάποιον που δεν θέλει να βοηθηθεί». Τα ίδια έντονα συναισθήματα αναπτύσσονται συχνά και στα μέλη της οικογένειας. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτές οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι φυσιολογικές και η προσπάθεια κάποιου να βοηθήσει δεν περνάει μέσα από το να μην έχει συναισθήματα, αλλά κυρίως μέσα από το πώς μπορεί, με αυτά τα συναισθήματα που νιώθει, να είναι αποτελεσματικός στη βοήθεια που θέλει να προσφέρει.

«Δεν μπορώ να μην κάνω λάθη»

Η ενοχή και η αγωνία που πολλές φορές νιώθουν κυρίως οι γονείς αλλά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, δημιουργεί μια τοξική κατάσταση στην οικογένεια. «Φταίμε εμείς και τα λάθη που κάναμε στο παρελθόν». «Για να βοηθήσουμε τη θεραπεία πρέπει από εδώ και πέρα να είμαστε τέλειοι και να μην κάνουμε κανένα λάθος. Το παραμικρό λάθος θα φέρει την καταστροφή γιατί εμείς είμαστε οι μόνοι υπεύθυνοι και αν θα γίνει καλά εξαρτάται μόνο από τη δική μας στάση».

Η παραπάνω συναισθηματική δήλωση δεν στηρίζεται ούτε στα δεδομένα της λογικής, αλλά ούτε και στα ιατρικά στοιχεία που έχουμε συλλέξει μέχρι στιγμής για τις ΔΠΤ. Παρόλ' αυτά, είναι συχνή στις οικογένειες και πολλές φορές ενισχύεται από το δριμύ κατηγορώ των πασχόντων. Ακόμα όμως και αν ένας γονέας ή ένα μέλος της οικογένειας έκανε λάθη, ακόμα και αν η συμπεριφορά του στο παρελθόν δεν ήταν βοηθητική, πάλι δεν γίνεται να μεταφερθεί το βάρος της θεραπευτικής προσπάθειας στο να μην κάνει κανένα λάθος από εδώ και πέρα.

Η τοξικότητα της παραπάνω δήλωσης συνίσταται στις συνέπειες που έχει εντός της οικογένειας: Απομακρύνει τον έλεγχο και την ευθύνη της θεραπείας από τον πάσχοντα, μετατρέπει τον πάσχοντα σε ένα είδος παθητικού κριτή που αξιολογεί και βαθμολογεί τη συμπεριφορά των υπολοίπων, και τέλος σε ορισμένες περιπτώσεις μετατρέπει τη ΔΠΤ σε μια μορφή οικογενειακού δικτάτορα που απαιτεί να γίνονται τα πράγματα με έναν συγκεκριμένο τρόπο «να μη γίνονται λάθη» αλλιώς θα βασανίζει ή ακόμα και θα οδηγήσει τον πάσχοντα στον θάνατο.

«Δεν μπορώ να τον κάνω καλά»

Για τα μικρά παιδιά, οι γονείς είναι παντοδύναμοι. Δεν υπάρχει τίποτα που να μην το ξέρουν και να μη μπορούν να το κάνουν. Τι γίνεται όμως όταν μεγαλώσουν; όταν αρρωστήσουν; όταν δεν θέλουν να φάνε ή όταν τρώνε υπερβολικά; όταν υποφέρουν κρυφά; όταν τα βλέπουν να μετατρέπονται σε ενήλικες, να αποκτούν τη δική τους επιθυμία, θέληση, βούληση και αντί να ορμούν μπροστά κρύβονται στην τουαλέτα;

Αυτή η παραδοχή είναι και η πιο δύσκολη για έναν άνθρωπο που βλέπει αυτόν που αγαπάει να υποφέρει. Στην πραγματικότητα όμως, ποιος είναι αυτός ο ειδικός ή ο συγγενής που μπορεί να ισχυριστεί ότι μπορεί να θεραπεύσει μόνος του έναν άνθρωπο που πάσχει από ΔΠΤ;

«Δεν μπορώ να...»

Υπάρχουν δεκάδες άλλα σημαντικά και ασήμαντα θέματα που οι οικείοι δεν μπορούν να κάνουν ή να ρυθμίσουν, όπως και πολλές στιγμές μέσα στη θεραπεία που χρειάζεται κανείς να έχει το θάρρος να παραδεχτεί ότι «αυτό δεν μπορώ να το κάνω» αποδεχόμενος τις θετικές και αρνητικές συνέπειες της ανθρώπινης αδυναμίας του.

3. Τι μπορώ να κάνω;

Έχοντας αποδεχτεί κανείς μέσα του τι δεν μπορεί να κάνει, είναι έτοιμος να εστιαστεί με έναν ρεαλιστικό τρόπο σε αυτά που μπορεί να κάνει. Ορισμένα από τα πράγματα που ένας οικείος μπορεί να δεσμευτεί ότι μπορεί να προσπαθήσει να κάνει είναι τα παρακάτω:

«Μπορώ να αναλάβω την ευθύνη που μου αναλογεί»

Αν στον έναν πόλο της συναισθηματικής αντίδρασης είναι η ενοχή για τη ΔΠΤ, στον άλλο πόλο είναι ο θυμός και η αποστασιοποίηση. «Αυτή φταίει για αυτό που της συμβαίνει, εγώ ό,τι μπορούσα να κάνω το έχω κάνει, ας βρει την άκρη με τους ειδικούς». Προφανώς, αν και αυτές οι δύο αντιδράσεις είναι απόλυτα ανθρώπινες και κατανοητές χρειάζεται κανείς να κάνει μια προσπάθεια να αναλάβει την ευθύνη που του αναλογεί στη θεραπεία, όχι στην αιτιολογία της ΔΠΤ. Αυτό είναι ιδιαίτερα αναγκαίο όταν ο πάσχων είναι ανήλικος και μένει με την οικογένειά του.

«Μπορώ να μάθω για τις ΔΠΤ»

Το πρώτο βήμα που μπορεί και πρέπει να κάνει κάποιος που ενδιαφέρεται για ένα άτομο που πάσχει από ΔΠΤ είναι να πάρει πληροφορίες για την πάθηση ώστε να ξέρει τι ακριβώς αντιμετωπίζει ο δικός του άνθρωπος. Αξιόπιστες πληροφορίες για τις ΔΠΤ μπορεί κανείς να πάρει από βιβλία και φυλλάδια που απευθύνονται σε πάσχοντες και τους οικείους τους, από ιστοσελίδες επιστημονικών φορέων και οργανισμών που ασχολούνται με τις ΔΠΤ και τέλος από ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια που απευθύνονται σε οικογένειες με μέλη που πάσχουν από ΔΠΤ.

«Μπορώ να συνεργαστώ με τους ειδικούς»

Αν και η συνεργασία με τους ειδικούς ακούγεται αυτονόητη, η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι η πραγματικότητα είναι πολλές φορές διαφορετική. Σε προηγούμενα κεφάλαια έχει τονιστεί η ανάγκη για συνεργασία του ειδικού με τον πάσχοντα και με την οικογένειά του. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει άρνηση κάποιου μέλους της οικογένειας ή ακόμα και όλης της οικογένειας να συναντηθεί με τους ειδικούς. Οι λόγοι είναι διάφοροι. Προκατάληψη ενάντια στους ειδικούς της ψυχικής υγείας, πεποιθήσεις ότι δεν υπάρχουν ψυχικές παθήσεις και ότι όλα αντιμετωπίζονται με τη δύναμη της θέλησης, φόβος ότι οι ειδικοί θα κατηγορήσουν την οικογένεια για την εμφάνιση της ΔΠΤ ή ακόμη και αγωνία μήπως αποκαλυφθούν μυστικά της οικογένειας.

«Μπορώ να προσπαθήσω να αλλάξω ό,τι χρειάζεται αλλαγή»

Οι προηγούμενες παραδοχές ουσιαστικά οδηγούν στην προσπάθεια του ατόμου να επιφέρει αλλαγές στη λεκτική ή φυσική συμπεριφορά του, που θα βοηθήσουν τη θεραπευτική προσπάθεια του οικείου του που πάσχει από ΔΠΤ. Πολλές φορές μετά την εμφάνιση της ΔΠΤ και ιδιαίτερα της ΨΑ, οι οικογένειες επανοργανώνονται με βάση το δεδομένο της ΔΠΤ. Το αποτέλεσμα είναι ότι η λειτουργία της οικογένειας ενισχύει τη ΔΠΤ. Επίσης, κάποιες οικογένειες αντιμετωπίζουν σε διαφορετικό βαθμό δυσκολίες και πριν την εμφάνιση της ΔΠΤ. Είναι σημαντικό για τη θεραπεία να υπάρχει η δέσμευση των μελών της οικογένειας να προσπαθήσουν να επιφέρουν τις αλλαγές αυτές που θα βελτιώσουν το οικογενειακό κλίμα, αλλά και θα συμβάλλουν στη μείωση των παραγόντων εκείνων που διαιωνίζουν τη ΔΠΤ.

«Μπορώ να...»

Όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη παράγραφο, υπάρχουν δεκάδες άλλα σημαντικά και ασήμαντα θέματα που οι οικείοι μπορούν να κάνουν για να βοηθήσουν τη θεραπευτική προσπάθεια. Και πάλι χρειάζεται το θάρρος του ανθρώπου για να παραδεχτεί ότι «αυτό μπορώ να το κάνω».

4. Πώς να φέρομαι;

Αυτό το ερώτημα απευθύνεται από τους οικείους προς τον θεραπευτή σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις σε κάποια από τις αρχικές συναντήσεις. Πολλές φορές, πίσω από το ερώτημα κρύβεται η απελπισία και η εξάντληση των οικογενειών που έχουν χρησιμοποιήσει χωρίς θετικό αποτέλεσμα κάθε διαθέσιμο πόρο και ιδέα προκειμένου να υπάρχει μια στοιχειώδης ισορροπία μέσα στην οικογενειακή καθημερινότητα.

Δυστυχώς, δεν υπάρχει απάντηση σε αυτό το στάδιο της θεραπείας. Το «πώς να φέρομαι στον δικό μου άνθρωπο που πάσχει από ΔΠΤ;» είναι μια ερώτηση που έχει εξατομικευμένες απαντήσεις που διαμορφώνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επίσης, το πώς να φέρομαι αφορά πληθώρα θεμάτων που το καθένα έχει τη δική του απάντηση. Για παράδειγμα, αναφέρθηκε ότι στην οικογενειακή παρέμβαση για εφήβους με ΨΑ αρχικά υποστηρίζονται οι γονείς για να πάρουν αυτοί τον έλεγχο της διατροφής της ασθενούς, ενώ σε μετέπειτα στάδιο της θεραπείας ενθαρρύνονται να τον επιστρέψουν σταδιακά σε εκείνη.

Τέλος, ακόμα και αν υπήρχε ένας δεκάλογος για το τι πρέπει να κάνει ο γονέας που το παιδί του πάσχει από ΔΠΤ, πώς μπορούμε να προεξοφλήσουμε ότι ο γονέας θα μπορέσει χωρίς υποστήριξη και βοήθεια να τον ακολουθήσει; Και εδώ ο κίνδυνος είναι ο ειδικός να προσφέρει αφορισμούς που δεν μπορούν να εφαρμοστούν, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ενοχή της οικογένειας και να διαιωνίζεται ο φαύλος κύκλος των αρνητικών συναισθημάτων.

Αυτό που θα μπορούσε ίσως να ειπωθεί σε αυτήν την παράγραφο είναι η αξία της επικοινωνίας και η σημασία που αποδίδεται από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στη βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας μεταξύ των οικείων και του ατόμου που πάσχει από ΔΠΤ. Οι δεξιότητες επικοινωνίας αφορούν κυρίως στην αμεσότητα της έκφρασης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, τη μη επικριτική στάση απέναντι στον πάσχοντα, το να μπορώ να αρνούμαι ή να ζητάω κάτι με αποτελεσματικό τρόπο, την αποφυγή της τριγωνοποιημένης επικοινωνίας και τέλος την ενεργητική ακρόαση του άλλου. Ένα παράδειγμα επικριτικής στάσης είναι όταν, αντί να πω στον άλλο ότι έκανε κάτι λάθος, του λέω ότι είναι «χαζός». Ή όταν θέλω να πω ότι προσωπικά δεν μου αρέσει η μπλούζα που φοράει, του λέω ότι δεν ξέρει να ντύνεται. Ένα παράδειγμα τριγωνοποιημένης επικοινωνίας είναι όταν η μητέρα λέει στην κόρη της: «είπα στον πατέρα σου ότι έκανες εμετό χθές και αυτός μου είπε να σου πω ότι δεν θα σου δώσει λεφτά για την εκδρομή αν συνεχίσεις να το κάνεις αυτό». Τέλος, ένα παράδειγμα προτάσεων για το πώς μπορεί κανείς να ακούει τον άλλο με έναν ουσιαστικό και ενεργητικό τρόπο είναι το παρακάτω:

- α. Κοιτάξτε το άτομο που μιλάει.
- β. Παρακολουθήστε τι λέει.
- γ. Κουνήστε το κεφάλι καταφατικά αν καταλάβατε τι εννοεί.
- δ. Κάνετε διευκρινιστικές ερωτήσεις.
- ε. Σιγουρευτείτε αν καταλάβατε καλά γι' αυτό που ακούσατε και ζητείστε να σας διορθώσει αν όχι.

5. Πώς να αντιμετωπίσω τα θέματα που αφορούν στη διατροφή;

Η ΔΠΤ θέτει μια σειρά από ερωτήματα που για τις περισσότερες οικογένειες ήταν αυτονόητα και δεν αποτελούσαν θέματα για προβληματισμό πριν την έναρξη της διαταραχής. Ορισμένα από αυτά τα ερωτήματα είναι τα παρακάτω:

- α. Να μαγειρεύουμε το φαγητό όπως θέλει εκείνη ή όπως το κάναμε πάντα;
- β. Να αποκλείουμε τροφές ή φαγητά από το διαιτολόγιό μας όπως εκείνη απαιτεί ή όχι;
- γ. Να έχουμε στο σπίτι τροφές που την ωθούν στη βουλιμία ή να είναι το σπίτι «αποστειρωμένο» από αυτές τις «επικίνδυνες» τροφές;
- δ. Να σερβίρει η μητέρα το φαγητό της ή εκείνη μόνη της;
- ε. Να καθόμαστε στο τραπέζι μαζί της ή να τρώει μόνη της;

στ. Να της δίνουμε χρήματα για να αγοράζει τρόφιμα για το βουλιμικό επεισόδιο; Τα ποσά που απαιτούνται είναι πολύ μεγάλα αλλά μας απειλεί ότι αν δεν μπορεί να κάνει βουλιμία θα αυτοκτονήσει.

ζ. Όταν υποκύψει στη βουλιμία τη διακόπτουμε; έχει νόημα να παρέμβουμε;

η. Όταν κάνει εμετό και είμαστε έξω από την τουαλέτα και την ακούμε, τι είναι καλύτερο να κάνουμε;

Δυστυχώς αν και τα ερωτήματα αυτά είναι πολύ σημαντικά και βασανιστικά για την οικογένεια δεν υπάρχει μια γενική απάντηση για το τι βοηθάει και τι όχι. Για παράδειγμα, στο ερώτημα «στ.» που τίθεται πολλές φορές βασανιστικά από τις οικογένειες πασχόντων που υποκύπτουν σε μεγάλα βουλιμικά επεισόδια, υπάρχουν περιπτώσεις που συστήνεται να μπουν σταδιακά ρεαλιστικά όρια στο ποσό των χρημάτων που μπορεί να ξοδέψει κανείς για αγορά τροφίμων. Από την άλλη υπάρχουν περιπτώσεις που το άτομο πραγματικά δεν μπορεί να διαχειριστεί με άλλο τρόπο ιδιαίτερα έντονα και επίμονα οδυνηρά συναισθήματα και αν στερηθεί έστω και αυτόν τον παθολογικό τρόπο, η επιθυμία του να πεθάνει για να ανακουφιστεί αυξάνει κατακόρυφα με αποτέλεσμα πολλές φορές να προχωράει σε αυτοκαταστροφικές πράξεις.

Όπως αναφέρθηκε και στην παράγραφο που αφορά τη γενικότερη στάση προς τον πάσχοντα, οι απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα είναι πολύ σημαντικές αλλά εξατομικεύονται και κάθε οικογένεια με τη βοήθεια των θεραπειών χρειάζεται να βρει τις δικές της απαντήσεις, να τις δοκιμάσει στην πράξη και να διατηρήσει αυτές που είναι αποτελεσματικές κυρίως για τη μακροπρόθεσμη θεραπευτική προσπάθεια.

6. Μήπως πρέπει να εισαχθεί έστω και χωρίς τη θέλησή της στο νοσοκομείο;

Η ΨΑ περισσότερο ίσως από κάθε άλλη ψυχική πάθηση θέτει τον ειδικό μπροστά σε δυσεπίλυτα διλήμματα. Από τη μία πλευρά υπάρχουν οι πάσχοντες που συχνά δεν επιθυμούν να λάβουν βοήθεια για την αντιμετώπιση της πάθησής τους και από την άλλη οι σοβαρές επιπτώσεις του υποσιτισμού στη σωματική υγεία που μπορεί ακόμα και να απειλήσουν τη ζωή της. Επίσης, ακόμα και σε περίπτωση ακούσιας νοσηλείας δεν υπάρχει αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπευτική αντιμετώπισή της όπως για άλλες ψυχικές παθήσεις. Ουσιαστικά, ακόμα και να επιβληθεί νομικά στο άτομο που πάσχει από ΨΑ να νοσηλευτεί, εξακολουθεί να χρειάζεται να αποφασίσει εκείνη αν θα δεσμευτεί στη θεραπευτική προσπάθεια ή όχι, δεδομένου ότι η αντιμετώπισή της στηρίζεται στην ψυχοθεραπεία.

Οι απόψεις των ειδικών, για το αν πρέπει να νοσηλεύονται παρά τη θέλησή τους πάσχουσες από ΨΑ, τοποθετούνται σε ένα συνεχές ανάμεσα σε δύο ακραίους πόλους, την «αυτονομία» και τον «πατερναλισμό». Στον πόλο της «αυτονομίας», η βούληση του ατόμου γίνεται απόλυτα σεβαστή ακόμα και αν αυτό πάσχει από κάποια ψυχική πάθηση. Το αυτόνομο άτομο έχει δικαίωμα να αποφασίζει αν θα δεχτεί θεραπεία ή όχι, ακόμα και αν η άρνηση της θεραπείας το οδηγήσει προοδευτικά ή άμεσα στον θάνατο.

Η επιθυμία της οικογένειας ή της κοινωνίας να γίνει προσπάθεια θεραπείας έρχεται πάντα σε δεύτερη μοίρα και δεν αποτελεί αιτία παραβίασης του δικαιώματος του ατόμου να αποφασίζει για τον εαυτό του. Στον πόλο του «πατερναλισμού», ο ειδικός έχει δικαίωμα να παρεμβαίνει, ακόμα και αντίθετα στην επιθυμία του πάσχοντος ατόμου, για να προστατέψει την υγεία του. Η «ισχυρή» πατερναλιστική άποψη θεωρεί ότι η υγεία και η ζωή γενικότερα είναι ύψιστα αγαθά, που η κοινωνία οφείλει να προστατεύει ακόμα και αν αυτό είναι αντίθετο προς την εκφρασμένη επιθυμία του πάσχοντος ατόμου. Μια παραλλαγή του «ισχυρού» πατερναλισμού είναι ο «ασθενής» πατερναλισμός που υποστηρίζει ότι ο ειδικός μπορεί να παρεμβαίνει μόνον όταν η πάσχουσα έχει απολέσει σε σημαντικό βαθμό την ικανότητά της για αυτόνομη δράση.

Πότε αποφασίζουμε όμως να προχωρήσουμε σε ακούσια νοσηλεία μίας ασθενούς που πάσχει από ΨΑ; Η ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να αποτελεί το τελευταίο θεραπευτικό μέτρο για την αντιμετώπιση της διαταραχής. Για να καταφύγει η οικογένεια σε αυτό θα πρέπει να έχει ενημερωθεί από τους ειδικούς που παρακολουθούν το άτομο που πάσχει από ΨΑ ότι, αφενός έχουν εξαντληθεί όλες οι πιθανότητες για εκούσια θεραπεία και αφετέρου, υπάρχει κίνδυνος για σοβαρή επιδείνωση της υγείας της ασθενούς αν παραμείνει εκτός νοσηλείας.

7. Μήπως πρέπει να πάρει φάρμακα;

Μέχρι στιγμής η θεραπεία των ΔΠΤ είναι κατά κανόνα ψυχολογική, ενώ η συνεισφορά της φαρμακευτικής αγωγής περιορίζεται σε τρεις κυρίως τομείς:

- α. Στην αντιμετώπιση της συννόησης των ΔΠΤ με άλλες ψυχικές παθήσεις όπως είναι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές.
- β. Στην ύφεση συμπτωμάτων των ΔΠΤ που προκαλούνται κυρίως από την κακή σίτιση του ατόμου όπως είναι η αϋπνία και η ψυχοκινητική ανησυχία.
- γ. Στην αντιμετώπιση της ίδιας της ΔΠΤ όταν δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ψυχοθεραπευτικά ή όταν η ψυχοθεραπεία δεν έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Το παραπάνω βρίσκει εφαρμογή κυρίως στην ΨΒ και στη ΔΕΥ. Ουσιαστικά το μοναδικό φάρμακο που έχει μελετηθεί επαρκώς και έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα, κυρίως για τη θεραπεία της ΨΒ και λιγότερο της ΔΕΥ, είναι το αντικαταθλιπτικό σκεύασμα φλουοξετίνη. Η φλουοξετίνη για να είναι αποτελεσματική χρειάζεται να δοθεί σε δόση 60 mg, μία δόση δηλαδή που είναι 2-3 φορές μεγαλύτερη από τις συνήθεις δόσεις για την κατάθλιψη. Αυτό σημαίνει ότι το φάρμακο δεν γίνεται ανεκτό από σημαντικό αριθμό ασθενών, κυρίως γιατί στη δόση των 60 mg τους προκαλεί ανησυχία ή έντονη γαστρική δυσφορία με αποτέλεσμα να χρειάζεται να διακοπεί.

Φυσικά ο ιατρός που έχει αναλάβει την παρακολούθηση της σωματικής κατάστασης του ατόμου που πάσχει από ΔΠΤ μπορεί να χρειαστεί να χορηγήσει μια σειρά από σκευάσματα για την αντιμετώπιση των ιατρικών επιπλοκών των ΔΠΤ ή για την υποκατάσταση των ηλεκτρολυτών, των βιταμινών και των ιχνοστοιχείων που έχουν απολεσθεί από τον οργανισμό λόγω του υποσιτισμού ή των καθαρτικών συμπεριφορών.

Πολλές φορές η οικογένεια ή/και οι πάσχοντες εναποθέτουν τις ελπίδες τους για ίαση σε κάποια φαρμακευτική αγωγή που ο παθολόγος, ο παιδίατρος ή ο ψυχίατρος θα χορηγήσουν. Αυτό που χρειάζεται να γνωρίζουν είναι ότι, παρά το γεγονός ότι η χορήγηση διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων κυρίως φλουοξετίνης, ολανζαπίνης, τοπιραμάτης και μιρταζαπίνης είναι ευρύτατα διαδεδομένη, τόσο στη χώρα μας όσο και στο εξωτερικό, μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν αποδείξεις για την αξία της χορήγησης αυτών των σκευασμάτων σε ασθενείς με ΔΠΤ, πέρα από αυτή που αναφέρθηκε για τη φλουοξετίνη στην ΨΒ και τη ΔΕΥ και φυσικά για την αντιμετώπιση της συννόησης των ΔΠΤ με κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές ή σπανιότερα σχιζοφρένεια. Σύμφωνα με τις οδηγίες των εθνικών και διεθνών επιστημονικών φορέων, η ασθενής που πάσχει από ΔΠΤ θα πρέπει να αντιμετωπίζεται πρωτίστως ψυχοθεραπευτικά, σύμφωνα με τα πρότυπα θεραπείας που έχουν μέχρι στιγμής φανεί ότι είναι αποτελεσματικά για την κάθε διαταραχή: δηλαδή με θεραπεία οικογένειας για έφηβες που πάσχουν από ΨΑ, ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ή γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία για ενήλικες που πάσχουν από ΨΑ και τέλος γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία για ασθενείς που πάσχουν από ΨΒ ή ΔΕΥ.

8. Εγώ χρειάζομαι βοήθεια;

Η παρουσία της ΔΠΤ στην οικογενειακή ζωή είναι ψυχολογικά επιβαρυντική για όλα τα μέλη της οικογένειας και πολύ περισσότερο για αυτό το μέλος που αναλαμβάνει τη φροντίδα του πάσχοντος. Αν και όπως είναι αναμενόμενο η προσοχή όλων στρέφεται στο άτομο που πάσχει, μέρος της ψυχολογικής βοήθειας χρειάζεται να παρασχεθεί και προς τους φροντιστές. Ξέρουμε ότι όλες οι χρόνιες παθήσεις σωματικές και ψυχικές επιβαρύνουν ιδιαίτερα την ψυχολογία του φροντιστή, είτε είναι ειδικός, είτε μέλος της οικογένειας. Η πιο συχνή ψυχική πάθηση που εμφανίζεται είναι η κατάθλιψη και το πιο συχνό σύμπτωμα είναι η αϋπνία. Επίσης, ξέρουμε ότι πολλές φορές η συμπτωματολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης (αδιαφορία, αποστασιοποίηση, ειρωνική ή επιθετική διάθεση προς τον πάσχοντα, έλλειψη ευχαρίστησης) που παρατηρείται στους ειδικούς, μπορεί να εμφανιστεί και στους οικείους που έχουν αναλάβει το δύσκολο έργο της υποστήριξης ενός ατόμου που πάσχει από ΔΠΤ. Τέλος, δεν είναι σπάνιο ένα άλλο μέλος της

οικογένειας να πάσχει ήδη από κάποια ψυχική διαταραχή (π.χ. κατάθλιψη, ΔΠΤ, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ουσιοεξάρτηση) που επιδεινώνεται από την εμφάνιση της ΔΠΤ.

Η οικογενειακή θεραπεία έχει ως στόχο όχι μόνο την υποχώρηση της ΔΠΤ, αλλά την αποκατάσταση της ισορροπίας στην οικογένεια. Αυτό περιλαμβάνει και τη μείωση της επιβάρυνσης των υπολοίπων μελών από τη ΔΠΤ και τη βελτίωση της ψυχικής κατάστασής τους. Αν αυτό δεν είναι αρκετό ή αν, για κάποιον λόγο δεν μπορεί να γίνει θεραπεία με την οικογένεια και κάποιο μέλος της οικογένειας νιώθει ότι χρειάζεται προσωπικά βοήθεια, η απάντηση στο ερώτημα της επικεφαλίδας αυτής της παραγράφου είναι σαφέστατα θετική.

9. Ζώντας με τη Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής

Η ζωή με τη ΔΠΤ έχει πολλές δυσκολίες. Πολλές φορές αναρωτιέται κανείς πώς πρέπει να είναι ως γονέας. Ποια είναι η καλύτερη στάση που πρέπει να κρατήσει; Τι είναι αυτό που μπορεί να βοηθήσει.

Η Janet Treasure, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής στη Μ. Βρετανία γνωστή για το έργο της στις ΔΠΤ έχει περιγράψει χρησιμοποιώντας μια μεταφορική αντιστοιχία με είδη ζώων, 6 τύπους φροντιστή:

- α. *Ο φροντιστής καγκουρό*: Είναι υπερπροστατευτικός, πιστεύει ότι ο πάσχων είναι ανήμπορος και εκείνος πρέπει να αναλάβει τα πάντα και να κάνει τα πάντα αντί γι' αυτόν.
- β. *Ο φροντιστής ρινόκερος*: Ορμάει και κάνει φασαρία για τη συμπεριφορά του πάσχοντα. Τα βάζει με τους θεραπευτές, απαιτεί επιπλέον προσοχή για τον πάσχοντα και να γίνει κάτι άμεσα για να θεραπευτεί ο δικός του άνθρωπος.
- γ. *Ο φροντιστής στρουθοκάμηλος*: Αρνείται το πρόβλημα, θεωρεί ότι δεν είναι κάτι σοβαρό και με τον καιρό θα υποχωρήσει από μόνο του.
- δ. *Ο φροντιστής μέδουσα*: Διαλύεται από τη συναισθηματική του αντίδραση στο πρόβλημα, νιώθει ότι δεν μπορεί να το αντέξει και να το διαχειριστεί και συνήθως μετά από λίγο δηλώνει αδυναμία και αποσύρεται.
- ε. *Ο φροντιστής δελφίνι*: Παραμένει σταθερά κοντά στον πάσχοντα. «Όταν χρειάζεται παρεμβαίνει και προσεκτικά τον ωθεί προς τη σωστή κατεύθυνση».
- στ. *Ο φροντιστής σκύλος*: Είναι ήρεμος, πάντα παρών, αφοσιωμένος στον πάσχοντα. Οι δύο τελευταίοι τύποι φροντιστή είναι αυτοί που θεωρούνται ότι είναι περισσότερο βοηθητικοί για τη θεραπεία των ΔΠΤ.

10

Και μετά τη θεραπεία τι;

1. Και ζήσαν αυτοί καλά...

Οι κινηματογραφικές ταινίες που θέλουν ο θεατής να φεύγει από την αίθουσα μετά το τέλος του έργου με καλά συναισθήματα, τελειώνουν εκείνη τη στιγμή που οι ήρωες έχουν αντιμετωπίσει όλες τις αντιξοότητες και είναι ευτυχισμένοι και ήρεμοι. Στις παλιές ελληνικές κωμωδίες η ταινία τελειώνει συνήθως στα σκαλιά της εκκλησίας, χωρίς ποτέ να μας δείχνει πώς εξελίσσεται ο γάμος των ηρώων... Πολλές φορές η επιθυμία των πασχόντων και των οικογενειών τους είναι με το τέλος της θεραπείας η ΔΠΤ να έχει υποχωρήσει πλήρως, το άτομο που έπασχε να είναι ευτυχισμένο, δυνατό και χαρούμενο και η κατάσταση στην οικογένεια να έχει επιστρέψει σε μια ειδυλλιακή ρουτίνα. Το τελευταίο ίσως θέμα που χρειάζεται να επεξεργαστεί κανείς πριν αποχαιρετήσει τη θεραπεία του και τη συνεργασία με τους ειδικούς είναι το τι μπορεί να συμβεί στην πραγματικότητα και τι ανήκει στη σφαίρα της επιθυμίας.

2. Η πραγματικότητα

Πολύ συχνά οι ειδικοί χρειάζεται να συζητήσουμε με τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους τι περιμένουμε να γίνει μετά το τέλος της θεραπείας.

α. Στο τέλος της θεραπείας είναι σίγουρο ότι θα είμαι καλά;

Η απάντηση είναι, δυστυχώς, όχι. Κανένας δεν μπορεί να προεξοφλήσει την πορεία της θεραπείας. Επιδημιολογικά ξέρουμε, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, ότι ένα ποσοστό των πασχόντων δεν βελτιώνεται ή παρουσιάζει μερική βελτίωση. Όταν ξεκινάμε τη θεραπεία, το κάνουμε πιστεύοντας στη δυνατότητα του ατόμου να βελτιωθεί και ταυτόχρονα αποδεχόμενοι ότι η βελτίωση μπορεί να μην επιτευχθεί σε όλες τις περιπτώσεις θεραπείας. Είναι σημαντικό να έχει κανείς στο μυαλό του ότι δεν ξεκινάει κανείς μια προσπάθεια πιστεύοντας ότι θα αποτύχει. Από την άλλη πλευρά πώς θα διαχειριστεί το μέτριο αποτέλεσμα αν από την αρχή είναι απόλυτα σίγουρος ότι θα έχει οπωσδήποτε επιτυχία;

Επίσης θα πρέπει τόσο οι πάσχοντες όσο και οι οικογένειές τους να γνωρίζουν ότι η θεραπεία ολοκληρώνεται όταν το άτομο είναι ικανό να παλεύει τις δυσκολίες του μόνο του και όχι όταν έχει φτάσει στο 100% της βελτίωσης. Όπως ένας καλός εκπαιδευτής ξέρει πότε να αφήσει τον εκπαιδευόμενο να πάρει αυτός τον έλεγχο στα χέρια του, έτσι και ο θεραπευτής προσπαθεί με τον θεραπευόμενο να βρουν το κατάλληλο σημείο όπου ο δεύτερος μπορεί να λειτουργεί ικανοποιητικά και να διαχειρίζεται τις δυσκολίες του χωρίς να χρησιμοποιεί τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές που αφορούν στη διατροφή.

β. Πόσο «καλά» είναι αυτό το «καλά»;

Αν και ιατρικά η βελτίωση ορίζεται μέσω συγκεκριμένων μετρήσεων, σε ατομικό επίπεδο το «καλά» ορίζεται περισσότερο με υποκειμενικά κριτήρια. Είναι σημαντικό να μην ενισχύουμε την τελειοθηρία απαιτώντας την πλήρη υποχώρηση της συμπτωματολογίας για να θεωρήσουμε ότι ο πάσχων έχει θεραπευτεί.

Θα μπορούσε να ισχυριστεί κάποιος ότι δεν είναι καλά ένα άτομο που έπασχε από ΨΑ όταν το σωματικό του βάρος είναι εντός των φυσιολογικών ορίων, αλλά έχουν παραμείνει κάποιιοι περιορισμοί στη διατροφή και εξακολουθεί να γυμνάζεται εντατικά αλλά όχι εξαντλητικά; Επίσης, θα λέγαμε ότι εξακολουθεί να πάσχει ένα άτομο που είχε ΨΒ όταν εξακολουθεί λίγες φορές τον μήνα να κάνει ήπια βουλιμικά επεισόδια που δεν διακόπτουν τη ροή της ζωής του; Ή ένας πάσχων από ΔΕΥ που κάποιες φορές το βράδυ επιζητάει και καταναλώνει μια ελαφρώς αυξημένη ποσότητα μιας γευστικής τροφής για να χαλαρώσει τον εαυτό του;

Ποιος «φυσιολογικός» άνθρωπος δεν έχει ποτέ παρουσιάσει μια δυσλειτουργική συμπεριφορά; Ποιος θα μπορούσε να ισχυριστεί ότι ποτέ στη ζωή του δεν υπερέβαλε έστω και για μία φορά;

Αν θα μπορούσαμε με μια φράση να ορίσουμε το «καλά» θα λέγαμε ότι κάποιος πάσχων είναι «καλά» όταν η συμπτωματολογία της ΔΠΤ είναι τόσο ήπια, ώστε να μπορεί να ζει μια ικανοποιητική ζωή σύμφωνα με τα προσωπικά του κριτήρια.

γ. Υπάρχει πιθανότητα να επιστρέψει η διαταραχή;

Δυστυχώς και σε αυτό το ερώτημα η απάντηση είναι θετική. Μπορεί να δει κανείς βελτίωση και στη συνέχεια να υπάρχει υποτροπή της ΔΠΤ. Γιατί να γίνει αυτό; Δεν είμαστε σίγουροι για τους λόγους που οδηγούν στην υποτροπή. Κάποιες φορές είναι η δυσκολία του ατόμου να ρυθμίσει αποτελεσματικά με άλλο τρόπο τα συναισθήματά του. Κάποιες άλλες φορές είναι η συνεχιζόμενη πίεση που υφίσταται από το περιβάλλον του. Πόσο εύκολο, για παράδειγμα, είναι μια νέα κοπέλα να σταματήσει να περιορίζει το φαγητό όταν εξακολουθεί να αισθάνεται ότι έχοντας ένα κανονικό γυναικείο σώμα, εξακολουθεί να κινδυνεύει να κακοποιηθεί ξανά σεξουαλικά από ένα μέλος της οικογένειάς της; Πώς να σταματήσει κανείς να υποκύπτει στα βουλιμικά επεισόδια όταν συστηματικά κάθε προσπάθεια και επιθυμία του απαξιώνεται και λαιδορεύεται από τον σύντροφό του;

Για την ΨΑ ξέρουμε ότι αν μια πρώην πάσχουσα εμφανίσει όλα τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής για τουλάχιστον μία εβδομάδα, έχει 40% πιθανότητες να παρουσιάσει πλήρη υποτροπή μέσα στα επόμενα 8 έτη παρακολούθησης. Επίσης, αν μια πρώην πάσχουσα παρουσιάσει απώλεια βάρους της τάξης του 15% ή περισσότερο, διατρέχει 3% ετήσιο κίνδυνο υποτροπής της ΨΑ.

Η πιθανότητα υποτροπής της ΨΑ παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη μελέτη αποτελεσματικότητας της ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισής της. Έχει διαπιστωθεί ότι, διάρκεια νόσου μεγαλύτερη από 6 έτη, αμηνόρροια για διάστημα μεγαλύτερο των 2,5 ετών, ιδιαίτερα χαμηλός δείκτης μάζας σώματος κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και απουσία ισχυρού κινήτρου για αλλαγή κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, όπως και η έξοδος από το νοσοκομείο ενώ το βάρος της ασθενούς δεν έχει αποκατασταθεί πλήρως, αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα επανεμφάνισης της ανορεκτικής συμπτωματολογίας.

Για την ΨΒ έχουμε λιγότερα επιδημιολογικά δεδομένα. Σε μικρό αριθμό μελετών παρατηρήθηκε ότι το 35% περίπου των γυναικών που έπασχαν από ΨΒ υποτροπίασαν μέσα σε 9 έτη παρακολούθησης από το τέλος της θεραπείας. Η κακή κοινωνική προσαρμογή και η έντονη διαταραχή στην εικόνα του σώματος φαίνεται ότι προέβλεπαν ποιες γυναίκες διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι μετά από 12 έτη παρακολούθησης, το 41% των πρώην πασχόντων από ΨΒ έπασχε από κάποια άλλη ψυχική πάθηση τον τελευταίο μήνα πριν από την επανεξέταση.

Ένα άλλο φαινόμενο που χρειάζεται κανείς να γνωρίζει, είναι η μετάπτωση από τη μία μορφή ΔΠΤ στην άλλη. Αυτό το φαινόμενο είναι περισσότερο συχνό στους πάσχοντες από ΨΑ, όπου ένα ποσοστό των ασθενών μεταπίπτει σε ΨΒ ή σε κάποια άτυπη ΔΠΤ. Πιθανολογείται η συσχέτιση αυτού του φαινομένου με τις βιολογικές επιπτώσεις του παρατεταμένου υποσιτισμού στον εγκέφαλο που οδηγούν σε αυξημένη πιθανότητα έκλυσης υπερφαγικών επεισοδίων. Σε μια μελέτη που αφορούσε στην παρακολούθηση των πασχόντων από ΔΠΤ για 12 έτη, βρέθηκε ότι για τις ασθενείς

που έπασχαν από ΨΑ το 9% είχε μεταπέσει σε ΨΒ και το 15,7% σε άτυπη ΔΠΤ. Αντίθετα, μόνο το 1,8% των ασθενών με ΨΒ είχαν μεταπέσει σε ΨΑ κατά τη διάρκεια των 12 ετών της παρακολούθησης.

Από τα παραπάνω αντιλαμβάνεται κανείς ότι στο επίπεδο της πραγματικότητας χρειάζεται να είναι αισιόδοξος για την πορεία της ζωής του μετά τη ΔΠΤ και ταυτόχρονα να έχει επεξεργαστεί με τον θεραπευτή του ένα πολύ συγκεκριμένο σχέδιο για το τι θα πρέπει να γίνει σε περίπτωση υποτροπής.

δ. Πώς θα είναι η ζωή μου μετά τη διαταραχή;

Προσπαθώντας σε αυτή την τελευταία ουσιαστικά παράγραφο του βιβλίου να απομακρυνθούμε από την ουδετερότητα του επιστημονικού λόγου και να καταδυθούμε στις αναμνήσεις που αντλούμε από την εμπειρία της προσπάθειας να είμαστε μαζί με τους ανθρώπους αυτούς που πάσχουν από ΔΠΤ, η πρώτη ίσως φράση που έρχεται στο μυαλό σαν απάντηση στο ερώτημα είναι: «γεμάτη συναισθήματα».

Τι σημαίνει αυτό όμως για κάθε έναν από αυτούς τους ανθρώπους που πάσχουν και που διαβάζει αυτό το βιβλίο; Δεν ξέρουμε. Βλέπετε η θεραπεία είναι για κάθε άνθρωπο το δικό του μονοπάτι, που τον οδηγεί από τη σύγχυση, την ακαμψία και την εμμονή, στις δεξιότητες εκείνες που θα του επιτρέπουν να βιώνει, να απολαμβάνει και να αντέχει. Ένα μονοπάτι που πολλές φορές χρειάζεται να διασχίσει με παρέα. Επιλέγοντας όμως αυτός την πορεία του και παίρνοντας βοήθεια για να βρει τον αποτελεσματικότερο τρόπο για να τη χαράξει.

Θα θέλαμε να ολοκληρώσουμε αυτή την παράγραφο με τα λόγια μιας θεραπευόμενης όταν ο θεραπευτής της αυτο-αποκάλυψε τη δική του ανησυχία για το γεγονός ότι, μετά την αποκατάσταση του βάρους και την υποχώρηση της ανορεκτικής συμπτωματολογίας, επανήλθε το άγχος που τη βασάνιζε από την παιδική της ηλικία:

«Μην ανησυχείτε για το άγχος. Δύο ολόκληρα χρόνια δεν ένιωθα, δεν σκεφτόμουν, δεν υπήρχα και δεν μπορούσα να το αντιληφθώ, αν και μου το λέγατε. Το άγχος το θέλω, μου θυμίζει ότι είμαι ζωντανή, με καθησυχάζει ότι δεν έχω αρρωστήσει πάλι. Πιστέψτε με, μπορώ να δεχτώ να νιώθω οποιοδήποτε αρνητικό συναίσθημα αρκεί να μη γυρίσω ποτέ πίσω στην ανυπαρξία της ανορεξίας».

Η Αλίκη μιλάει για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Στη δικιά μου περίπτωση το τέλος της θεραπείας, δηλαδή η έξοδος από το νοσοκομείο στο οποίο έμεινα 6 ολόκληρους μήνες και 5 ημέρες δεν αποτελούσε και το τέλος της διαταραχής πρόσληψης τροφής μου. Βέβαια κάθε άνθρωπος που έχει περάσει ένα τέτοιο σοβαρό ψυχολογικό αλλά και σωματικό πρόβλημα χρειάζεται χρόνο για να επανέλθει στην υγεία. Το πρόβλημα ξεκινάει σαν ψυχολογικό και μετά επεκτείνεται σε όλο το σώμα μέσω της στέρησης των απαραίτητων βιταμινών και ιχνοστοιχείων που χρειάζεται ένα άτομο για να επιβιώσει. Με λίγα λόγια «πέφτεις» σωματικά και γίνεσαι ευάλωτος σε ασθένειες. Στη δική μου περίπτωση δεν μπορούσα να βγω από το σπίτι μου γιατί δεν είχα τη δύναμη. Έπεφτα κάτω όταν ζοριζόμουν να κάνω κάτι, με αποτέλεσμα να μην έχω μια κανονική καθημερινότητα. Το σημαντικότερο βέβαια είναι ότι δεν ήθελα να βγω από το σπίτι, ντρεπόμουν τον κόσμο που με κοιτούσε περίεργα. Δεν ήθελα να με λυπούνται.

Όπως είναι λογικό πίστευα πως το βασανιστήριό μου θα τελείωνε μόλις έκλεινα την πόρτα του νοσοκομείου πίσω μου. Έκανα μεγάλα όνειρα. Ήθελα να δω τους φίλους μου που είχα να τους συναντήσω περισσότερο από 6 μήνες, να βγω να διασκεδάσω, να χαρώ. Αυτά ήταν πράγματα που είχα να νιώσω περισσότερο από 2 χρόνια. Το βασικότερο όμως από όλα ήταν η επιθυμία μου να επιστρέψω στο νησί μου, να δω τη θάλασσα, να αναπνεύσω τον αέρα του, να μπω στο σπίτι μου να αγκαλιάσω τους δικούς μου και να κοιμηθώ στο κρεβάτι μου.

Όλα αυτά έγιναν. Πέρασα έναν πολύ ωραίο Αύγουστο, αισθανόμουν πως όλα πήγαιναν μια χαρά, πίστευα πως όλα τα άσχημα που έφερε η ανορεξία στη ζωή μου είχαν τελειώσει. Η διατροφή πήγαινε πολύ καλά, έτρωγα τα γεύματά μου σαν στρατιωτάκι. Δεν με ενοχλούσε αυτό, φτάνει να μπορούσα να ζω αυτά που είχα στερηθεί όσο ήμουν μέσα στο νοσοκομείο.

Στις αρχές του Σεπτέμβρη είχα ραντεβού με τον γιατρό μου. Πήγα με μεγάλη χαρά να του πω πως όλα είχαν πάει καλά και ότι ήθελα πάρα πολύ να επιστρέψω στις σπουδές μου. Αγαπάω πάρα πολύ το αντικείμενο που σπουδάζω και με είχε στενοχωρήσει που είχα απομακρυνθεί για πολλά χρόνια από τις σπουδές μου. Παρά τους δισταγμούς των γονιών μου και του γιατρού μου κατάφερα να τους πείσω ότι το θέλω πολύ και ότι θα έκανα τα πάντα για να αρχίσω και πάλι να σπουδάζω. Ήταν βέβαια εμφανέστατο πως δεν ήμουν ακόμα έτοιμη για κάτι τέτοιο, αλλά εγώ με το πείσμα μου τους έπεισα και οι γονείς μου επέτρεψαν να φύγω. Ανέβηκα στην πόλη που σπουδάζω, κανόνισα τα πάντα σε σχέση με το διαμέρισμα που θα έμενα και την εγγραφή στη σχολή μου. Μαζί μου είχε έρθει και η μητέρα μου που προσπαθούσα με κάθε τρόπο να διώξω, κάτι που κατάφερα να κάνω μετά από λίγες εβδομάδες.

Αρχικά όλα μου φαίνονταν πως πήγαιναν καλά. Η διατροφή και το βάρος μου ήταν σταθερά. Όμως μετά από λίγο άρχισα να αγχώνομαι με τη σχολή μου και να θέλω να αναπληρώσω πολύ γρήγορα όλα τα κενά που είχα λόγω της απουσίας μου όλα τα προηγούμενα χρόνια από τα μαθήματα. Επίσης δεν μπορούσα να προσαρμοστώ με τις παρέες μου με αποτέλεσμα να νιώθω το άγχος μου να γίνεται όλο και πιο επιβαρυντικό και καταπιεστικό. Βέβαια δεν το έδειχνα, πήγαινα κανονικά σε όλες τις δραστηριότητές μου όμως από μέσα μου ένιωθα άσχημα.

Έβλεπα κάθε 15 μέρες τον γιατρό μου στο νοσοκομείο. Συζητούσα πράγματα επιφανειακά, δεν έλεγα την ουσία και αυτό, όπως αποδείχτηκε, ήταν πολύ κακό. Σιγά σιγά άρχισα να χάνω τα ραντεβού μου καθώς τα ακύρωνα λόγω «άλλων υποχρεώσεων». Δεν ήμουν πάλι καλά, δεν μπορούσα να καταλάβω τι μου έφταιγε, έψαχνα αλλά δεν μπορούσα να το βρω. Η εκτόνωση αυτών των συναισθημάτων ήρθε μετά από λίγες ημέρες μόλις επέστρεψα από ένα ταξίδι που είχα κάνει για να δω μια φίλη μου στη Θεσσαλονίκη. Δεν ξέρω τι ήταν αυτό το πράγμα, δεν μπορώ να προσδιορίσω τι αισθανόμουν, το μόνο που μου ήρθε ήταν να αρχίσω να τρώω χωρίς να ελέγχω τι κάνω. Όταν σταμάτησα τρόμαξα με τη σκέψη το τι είχα κάνει, προσπάθησα να ηρεμήσω και να σκεφτώ. Την άλλη μέρα νωρίς το πρωί ζυγίστηκα και ήμουν 2 κιλά λιγότερα. Από τη μία τρόμαξα περισσότερο και από την άλλη ησύχασα που δεν είχε συμβεί αυτό που φοβόμουν. Και όμως είχε συμβεί! Άρχισα να έχω κρίσεις βουλιμίας. Στην αρχή δεν ήθελα να το παραδεχτώ, δεν το έλεγα σε κανέναν μέχρι που πήγα στο ραντεβού με τον γιατρό μου. Του είπα τι μου είχε συμβεί και μου είπε ότι ένα ποσοστό των κοριτσιών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία περνούν στην ψυχογενή βουλιμία. Τρόμαξα, φοβήθηκα, δεν ήθελα να περάσω από μια τέτοια κατάσταση πάλι. Δεν το συζήτησα με κανέναν, επέστρεψα πίσω και συνέχισα να πηγαίνω στη σχολή μου και να προσπαθώ να φέρομαι φυσιολογικά. Τα βουλιμικά όμως επεισόδια εντεινόνταν.

Δεν ήξερα τι να κάνω. Η πρώτη μου σκέψη ήταν να κάνω εμετό. μια-δυο φορές προκάλεσα εμετό, αλλά μετά αποφάσισα πως δεν γίνεται να μπω σε αυτή την κατάσταση. Προσπαθούσα να μην κάνω εμετό, κρατιόμουν όσο περισσότερο μπορούσα. Ήθελα να κάνω τον εαυτό μου να νιώσει όσο πιο άσχημα γινόταν για να μην υποκύψει ξανά στη βουλιμία. Δεν το άντεχα. Σε μια περίπτωση έκανα εμετό στον ύπνο μου χωρίς να το καταλάβω.

Επικοινωνήσα ξανά με τον γιατρό μου. Του είπα ότι θέλω να τα παρατήσω όλα και να φύγω. Να γυρίσω πίσω στο σπίτι μου. Ήθελα ακόμα και να μπω πάλι στο νοσοκομείο. Έφυγα από τη σχολή μου ρίχνοντας το φταίξιμο για αυτά που μου συνέβαιναν στις σπουδές μου. Δεν μπορούσα να καταλάβω πως δεν έφταιγε η σχολή αλλά εγώ που δεν ήμουν έτοιμη ακόμα για να σπουδάσω.

Γύρισα πίσω στο νησί μου. Ήμουν χάλια, τα πάντα μου έφταιγαν, μάλωνα συνέχεια με την οικογένειά μου. Επιπλέον ένιωθα μόνη, χωρίς φίλους και αυτό με στενοχωρούσε επιπλέον. Κάθε εβδομάδα έφευγα από το νησί μου για να έρθω στην Αθήνα να δω τον γιατρό μου. Η θεραπεία έγινε πιο εντατική. Άρχισα σιγά-σιγά να καταλαβαίνω τι μου συνέβαινε και να αντιμετωπίζω τις καταστάσεις. Το βάρος μου αυξανόταν σταδιακά κάτι που με στενοχωρούσε μεν αλλά εγώ είχα εστιαστεί στο να προσπαθώ να καταλάβω τι μου είχε συμβεί και ενώ είχα ξεφύγει από την ανορεξία είχε έρθει στη ζωή μου η βουλιμία.

Ένα άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας που μου παρουσιάστηκε με πάγωσε και με έριξε πολύ ψυχολογικά, κλείστηκα μέσα στο σπίτι και στον εαυτό μου πάλι. Οι βουλιμίες τότε μειώνονταν και τότε αυξάνονταν. Το πρόβλημα ευτυχώς εξομαλύνθηκε και εγώ ξεκίνησα ξανά τη θεραπεία. Τα πράγματα πήγαιναν καλύτερα τόσο με τις βουλιμίες όσο και με την ψυχολογία μου γενικότερα. Άρχισα να κάνω παρέες, να γνωρίζω άτομα και να συναναστρέφομαι με πολύ κόσμο. Θέλησα να ψάξω για δουλειά και να ασχοληθώ με το να κάνω πράγματα. Αυτό μου έκανε πολύ καλό και αισθάνθηκα

καλύτερα με τον εαυτό μου. Ενδιαφέρθηκα για την προσωπική μου ζωή και άρχισα να θέλω να προχωρήσω στη ζωή μου.

Σε συνεργασία με τον γιατρό μου αποφασίσαμε να επισκεφθώ μια διατροφολόγο για να με βοηθήσει να ρυθμίσω τη διατροφή μου. Αυτό με βοήθησε αρκετά πιστεύω στο να μειώσω τις βουλιμίες και να ελέγξω τη διατροφή μου. Ένιωθα πολύ καλύτερα, άρχισα να έχω προσωπική ζωή, να προσέχω τον εαυτό μου που είχα παραμελήσει τόσο καιρό.

Έναν χρόνο μετά το εξιτήριό μου από το νοσοκομείο η ζωή μου πήγαινε πολύ καλύτερα και αυτό ήταν εμφανές πια και στους άλλους. Η θεραπεία με τον γιατρό μου συνεχιζόταν, εγώ τα έβρισκα με τον εαυτό μου και πραγματικά μιλούσα ελεύθερα, έλεγα αυτό που με απασχολούσε, δεν έκρυβα πια αυτά που με επηρέαζαν και με προβλημάτιζαν.

Περνούσα καλά και αυτό φαινόταν. Άρχισα να θέλω να γυρίσω πίσω στις σπουδές μου και να δώσω άλλη μια ευκαιρία στον εαυτό μου να κάνει αυτό που αγαπούσε. Αν και αντιμετώπισα δυσκολίες τελικά τα κατάφερα.

Αυτή τη στιγμή είμαι στη σχολή μου και πάλι. Κάνω όνειρα ότι όλα θα πάνε καλά. Ελπίζω να τα καταφέρω να ρυθμίσω τα καθημερινά θέματα και τα συναισθήματά μου. Τουλάχιστον θα προσπαθήσω να το κάνω. Τα θέματα που με απασχολούν δεν έχουν λυθεί τελείως. Ακόμα έχω κάποιες διαταραχές στην τροφή και περιστασιακά κάνω βουλιμίες. Συνεχίζω να βλέπω τον γιατρό μου συχνά και θα τον βλέπω για όσο καιρό χρειαστεί ακόμα. Δεν ξέρω πώς θα εξελιχτούν τα πράγματα στη συνέχεια καθώς είναι λίγος ο καιρός που έχω επιστρέψει στην καθημερινότητά μου. Μπορεί να είμαι υπερβολικά αισιόδοξη αυτή τη στιγμή, αλλά αυτό που θέλω να πω είναι ότι η θέληση για ζωή είναι ασύγκριτη δύναμη και ουσία. Για εμένα η ζωή είναι ένας συνεχής αγώνας και προσπάθεια για να ζήσεις...

11

Παράρτημα

Παρακάτω παρουσιάζονται με μορφή πινάκων τα διαγνωστικά κριτήρια για τις ΔΠΤ από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία.

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά DSM-IV-TR

Α. Άρνηση διατήρησης του σωματικού βάρους στο/ή πάνω από ένα όριο φυσιολογικού βάρους σε σχέση με την ηλικία και το ύψος (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί σε διατήρηση του σωματικού βάρους σε επίπεδα κατώτερα του 85% του αναμενόμενου, ή αποτυχία να επιτύχει κανείς αύξηση του βάρους στην περίοδο της ανάπτυξης, με αποτέλεσμα το σωματικό βάρος να βρίσκεται κάτω του ορίου του 85% του αναμενόμενου).

Β. Έντονος φόβος αύξησης του βάρους ή πάχυνσης, ακόμα και όταν είναι κανείς ελλιποβαρής.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται κανείς το βάρος και το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη υπεραξιολόγηση του σωματικού βάρους ή σχήματος, στον τρόπο με τον οποίο εκτιμά κανείς την εμφάνιση του εαυτού του, ή άρνηση της σοβαρότητας της τρέχουσας χαμηλής στάθμης του σωματικού βάρους.

Δ. Αμηνόρροια σε μεταεμμηναρχικές γυναίκες για χρονική περίοδο τουλάχιστον τριών κύκλων.

Ορισμός τύπου

Περιοριστικός τύπος: Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς ανορεξίας ο πάσχων δεν έχει αναγκαστικά εμπλακεί σε υπερφαγική ή καθαρτική συμπεριφορά (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι έμετοι ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Υπερφαγικός-καθαρτικός τύπος: Η συμπτωματολογία αυτή χαρακτηρίζεται από εμπλοκή, υποχρεωτική, του ασθενούς σε υπερφαγικά επεισόδια και καθαρτική συμπεριφορά με τη χρήση των ήδη αναφερθέντων μέσων.

Πίνακας 2. Διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας κατά DSM-IV-TR

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

1. Πρόσληψη σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε 2 ώρες) ποσότητας τροφής, η οποία είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και υπό παρόμοιες συνθήκες.

2. Αίσθημα έλλειψης ελέγχου στην πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (δηλαδή αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).

B. Επαναλαμβανόμενη ακατάλληλη αντιρροπιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, δίαιτα ή υπέρμετρη σωματική άσκηση.

Γ. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η παθολογική αντιρροπιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσον όρο τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για διάστημα 3 μηνών.

Δ. Η αυτο-αξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος. E. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Ορισμός τύπου

Καθαρτικός τύπος: Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Μη καθαρτικός τύπος: Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες παθολογικές αντιρροπιστικές συμπεριφορές, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Πίνακας 3. Ερευνητικά διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας κατά DSM-IV-TR.

1. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας που χαρακτηρίζονται και από τα παρακάτω:

α. Πρόσληψη σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (εντός 2 ωρών) ποσότητας τροφής που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που οι περισσότεροι άνθρωποι θα έτρωγαν σε παρόμοιο χρονικό διάστημα.

β. Αίσθημα απώλειας του ελέγχου κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

Τα επεισόδια υπερφαγίας συνδέονται με 3 (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

α. Το άτομο τρώει γρηγορότερα από το συνηθισμένο.

β. Το άτομο τρώει ενώ νιώθει γαστρική πληρότητα που του προκαλεί δυσφορία.

γ. Το άτομο τρώει μεγάλες ποσότητες φαγητού ενώ δεν πεινάει.

δ. Το άτομο τρώει μόνο του γιατί ντρέπεται για την ποσότητα φαγητού που καταναλώνει.

ε. Το άτομο αισθάνεται αηδία με τον εαυτό του, κατάθλιψη ή ενοχή μετά το υπερφαγικό επεισόδιο.

3. Τα επεισόδια υπερφαγίας συνδέονται με συναισθηματική δυσφορία.

4. Τα επεισόδια υπερφαγίας συμβαίνουν κατά μέσον όρο τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για περίοδο 6 μηνών.

5. Τα επεισόδια υπερφαγίας δεν συνδέονται με τακτική χρήση ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών (για παράδειγμα πρόκληση εμέτου, νηστεία, καταναγκαστική σωματική άσκηση).